



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

**HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL ESE
VIGENCIA AUDITADA 2009 Y PRIMER SEMESTRE 2010**

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL 2010
CICLO III**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACION SOCIAL

NOVIEMBRE DE 2010



AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL AL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL ESE

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Director Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector de Fiscalización Salud	Ruth Marina Montoya Ovalle
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoría	Efraín Sierra Lozano - Líder Magda Guevara Poveda Alix Florez Gutiérrez Edgar Daza Daza Nora E Fernández Sarmiento.



TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
1. CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN SALUD AL COLEGIO Y SALUD A SU CASA	4
2 RESULTADOS DE AUDITORIA	10
2.1. EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO	10
2.2. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	12
2.2.1 EVALUACIÓN AL PROGRAMA SALUD A SU CASA	12
2.2.2 EVALUACIÓN AL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO	35
2.3. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	45
3. ACCIONES CIUDADANAS	45
4. ANEXOS	47
4.1 CUADRO DE HALLAZGOS	1
4.2 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	1



**CONCEPTO DE AUDITORIA SOBRE LOS PROGRAMAS SALUD A SU CASA Y
SALUD AL COLEGIO**



Doctor:

RICARDO SALAS SILVA

Presidente Junta Directiva

Doctora

ESMIT TORRES MONRRAS

Gerente Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE

Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Especial al Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, de los Proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio y plan de mejoramiento durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, comprobando que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas, la evaluación del Sistema de Control Interno y acciones ciudadanas

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la Administración de la Entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno.

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamentales compatibles con las de General Aceptación, así como las políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá, por lo tanto, requirió 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, y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la



adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno, en los proyectos de Salud a su Casa con énfasis en los temas de Violencia Intrafamiliar. Discapacidad y Mortalidad en Menores de Cinco Años y Salud al Colegio con énfasis en los temas Embarazo en Adolescentes: Promoción y prevención, fortalecimiento programas anticoncepción. Talleres de educación sexual. Consumo SPA (Sustancias Psicoactivas).

Concepto sobre Gestión y Resultados

El resultado de la evaluación del control interno llevado a cabo por el Hospital Vista Hermosa para los programas salud a su casa y Salud al Colegio es eficiente, ubicándolo en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

En cuanto a las acciones ciudadanas, se estableció que las inquietudes efectuadas por los usuarios dentro de los sistemas de peticiones quejas y reclamos fueron atendidas por la entidad dentro de los términos establecidos por la Ley.

Del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento para subsanar las observaciones presentadas en el Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral produjo como resultado el cierre de 28 acciones de mejora, la continuidad de 9 por cuanto la entidad aún cuenta con términos para su cumplimiento.

En cumplimiento de la metodología establecida para la evaluación y calificación de los planes de mejoramiento suscritos, se estableció que la entidad obtuvo como calificación 1.99 en promedio lo que equivale a un 99.5% de cumplimiento en las acciones de mejoramiento.

El proyecto Salud a su Casa (SASC) es un programa de la Secretaría Distrital de Salud que hace parte del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y se ejecuta a través de contratos con los hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel de la red pública Distrital.

En la localidad de Ciudad Bolívar, es el Hospital Vista Hermosa, el encargado de desarrollar el proyecto Salud a su Casa (SASC) cuenta con 8 UPZ distribuidas en 4 territorios sociales, en el I territorio se cuentan las UPZ Mochuelo y Monteblanco, territorio II Lucero, Tesoro y Jerusalén, Territorio III las UPZ San Francisco, Arborizadora e Ismael Perdomo y en el territorio IV la zona rural, así mismo se cuenta con 35 microterritorios en 163 barrios con un cubrimiento de 79.946 personas:



El programa salud a su casa procura asegurar de forma eficaz y eficiente el abordaje de las familias y los problemas de salud y calidad de vida de las personas de la localidad de Ciudad Bolívar

En cuanto al tema de violencia intrafamiliar se estableció que dentro del núcleo familiar la principal agresora es la madre seguida del padre y la pareja, según base de datos de notificación mensual SIVIM 2009, suministrada por el Hospital

Respecto a la mortalidad en niños menores a 5 años, en el año 2009, se presentaron 10 muertes de niños entre 1 a 5 años de edad, de las cuales, el 80% (8 muertes) se presentaron fuera del territorio SASC, sólo, el 20% (2 muertes) fueron ocurridas en algún microterritorio, lo que indica que el proyecto el proyecto Salud a su Casa (SASC) en cierta medida disminuye la mortalidad en los menores.

En relación a las personas con discapacidad atendidas por el Hospital con el servicio de asesoría domiciliar según el tipo de discapacidad, se observa que de los usuarios atendidos, el tipo de discapacidad de mayor prevalencia es motora con un 34.4% evidenciados en 31 ciudadanos donde la mayoría de los diagnósticos están relacionados con la enfermedades cardiovasculares. Continúa la limitación múltiple con un 23.8% evidenciados en 23 ciudadanos quienes tienen alteraciones de tipo motor, cognitivo y mental en su mayoría. En tercer lugar de incidencia esta la auditiva, continuando con la cognitiva, visual y finalizando con la enfermedad mental con un 4.6 %.

Con este enfoque anterior se procura asegurar de forma eficaz y eficiente el abordaje de las familias y los problemas de salud y calidad de vida de las personas de la localidad de Ciudad Bolívar, beneficiarias del proyecto “salud a su casa” promovido por el Hospital de Vista Hermosa

Es importante tener presente que existen situaciones particulares de inseguridad para los funcionarios que laboran en el Hospital, específicamente en el ámbito familiar – programa SASC, donde se ha dificultado la caracterización, realización de acciones y seguimientos a la población priorizada.

Una vez realizado el respectivo análisis al proyecto Salud a su Casa (SASC) se estableció que se viene ejecutando en forma satisfactoria de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, por lo tanto no amerita ninguna observación que pueda determinar alguna clase de hallazgo



Respecto del proyecto salud al colegio Uno de los objetivos de los lineamientos de la SDS para la vigencia 2010, es *“iniciar el proceso de inserción curricular de temáticas de salud y promoción de calidad de vida, en las mayas curriculares de las IED. Este proceso se realizaría a través de los referentes de los niveles centrales de la SED y de la SDS”*, realizadas las pruebas de auditoría, se observó que dicho objetivo no se ha ejecutado situación, que dificulta el desarrollo de los procesos de salud escolar en las instituciones educativas de manera oportuna, integral, permanente, sostenible y consistente, el cual se diseñó hacia el logro de hacer de la salud escolar un esfuerzo intersectorial con capacidad de convertirse en política pública.

Es importante resaltar que la inserción curricular de temáticas de salud y promoción de calidad de vida, en las mayas curriculares de las IED, se inició entregando los módulos y las guías de trabajo a los coordinadores, orientadores y docentes, para que sean socializadas en el aula con los escolares, pero aún el proyecto no ha sido insertado en las mayas curriculares.

Desde el proyecto salud al colegio, se realizaron intervenciones relacionadas con el componente salud sexual y reproductiva en 24 sedes, pertenecientes a los territorios 2 y 3. De la información suministrada por el ámbito, se observó que aunque están las evidencias de las intervenciones realizadas en actas y el número de participantes, la forma en que se maneja la información, no permite establecer con facilidad un informe consolidado del número de estudiantes abordados, las edades y las diversas intervenciones realizadas, ya que en las visitas que realiza la ESE a las IED, se pueden abordar varias actividades, por lo que se constató que no existe un oportuno y efectivo sistema de información que permita la retroalimentación de la información generada por el área.

De acuerdo al análisis descrito anteriormente, se conceptúa que la gestión fue favorable con observaciones.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 4.1., se establecieron tres (3) hallazgos administrativos.

A fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, a través de los medios electrónicos vigentes dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.



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

Bogotá, D.C. Diciembre de 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud e Integración Social



2. RESULTADOS DE AUDITORIA

2.1 EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación al sistema de control interno llevado a cabo en la presente auditoria tiene como objetivo, determinar la calidad del mismo, su eficiencia en el cumplimiento de los objetivos relacionados con la ejecución de los programas de Salud a su Casa y Salud al Colegio.

El hospital tiene establecidas las políticas institucionales de operación, las cuales, están contenidas en el Plan Estratégico, aprobado mediante Acuerdo No. 03 del 2009.

En la visita efectuada a la sede de Salud Pública, ejecutora de los programas “Salud al Colegio” y “Salud a su Casa”, se evaluaron los aspectos relevantes, evidenciando eficiencia en el sistema de control interno llevado a cabo por el hospital, tal como se muestra en el análisis que se desarrolla a continuación:

Socialización de los programas:

El hospital llevo a cabo el proceso de socialización e interiorización del proyecto “Salud al Colegio” al nivel directivo y a los estudiantes de los colegios incluidos en el programa y del proyecto “Salud a su Casa” a las familias beneficiadas, de acuerdo a la caracterización efectuada por el hospital, evidenciado mediante actas puestas a disposición.

Procesos y Procedimientos:

Para el desarrollo de las actividades, el hospital tiene implementados los procesos y procedimientos para los dos programas en la siguiente forma:

Salud al Colegio:

En la verificación efectuada, se evidenciaron dos procedimientos que hacen referencia al: Acompañamiento Pedagógico y Gestión del ámbito escolar, para lo cual el hospital puso a disposición las correspondientes actas de seguimiento de las reuniones llevadas a cabo en los colegios beneficiarios del proyecto, desarrollando talleres con los directivos y estudiantes, relacionados con el conocimiento del cuerpo, valores, sentimientos, cineforos sobre el manejo responsable de la sexualidad, abuso sexual, autocuidado, prevención del consumo entre otros.



Salud a su Casa:

Para este proyecto, el hospital diseño cinco procedimientos que hacen referencia a: Caracterización Familiar, Intervenciones y seguimientos ámbito familiar, territorialización y caracterización, Intervención psicosocial con la familia y vacunación casa a casa, se evidenciaron las actas de seguimiento a las familias beneficiarias, en las cuales se establecen compromisos, a los cuales se les hace el respectivo seguimiento.

Gestión documental:

En cuanto al sistema de gestión documental, se evidencia que la información soporte de los proyectos: como las fichas de caracterización de los programas, procesos y procedimientos, entre otros, se encuentran debidamente archivados y organizadas en cajas referenciadas.

Controles

Para el control y custodia de las fichas de caracterización, el hospital cuenta con un espacio en cada centro de atención para el archivo, cada referente debe llevarlas diariamente y entregarlas al responsable, quien las incluye en el formato denominado "Control de traslado de fichas", este formato relaciona en que estado se encuentra la ficha, además levantan acta para el control de las que van entregando los referentes.

Riesgos:

El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, adopta la Política Integral de Gestión y Administración de Riesgos Mediante Resolución 358 de noviembre de 2009, en la evaluación llevada a cabo, el hospital puso a disposición el mapa de riesgos el cual esta de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Cartilla "Guía Administración del Riesgo", en el cual se evidenciaron los riesgos por procesos de las áreas ámbito escolar - Salud al Colegio - y ámbito familiar - Salud a su Casa.

Planes de mejoramiento:

Se evidencio el Plan de mejoramiento producto de la auditoria llevada a cabo por la Oficina de Gestión Pública al programa Salud a su Casa en la vigencia 2009, para lo cual puso a disposición el respectivo seguimiento.



Igualmente, para los dos programas objeto de evaluación, la entidad tiene diseñados planes de mejoramiento con cada uno de los promotores, con el fin de mejorar los procesos llevados a cabo para el seguimiento a los beneficiarios de los programas, evidenciando el respectivo seguimiento

De acuerdo con los planteamientos anteriores, se evidencia que el sistema de control interno llevado a cabo por el hospital para los proyectos de Salud a su Casa y Salud al Colegio es eficiente, lo que equivale a un rango bueno con nivel de riesgo bajo

2.2. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN

2.2.1 Evaluación a la Gestión –Programa Salud a su Casa

De acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 308 de 2008 *“Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 “BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR”, en el Objetivo Estructurante “Ciudad de Derechos”, el Programa “Bogotá Sana” establece en el artículo 33 la meta de cubrir 425 microterritorios con el proyecto Salud a su Casa.*

Dentro de la estructura del PIC éste proyecto se desarrolla en el ámbito familiar – programa Salud a su Casa (SASC), y su objetivo general es Identificar los determinantes que influyen en las familias que hacen parte de microterritorios previamente seleccionados, basándose principalmente en la promoción de la salud para lograr un impacto en la población de las diferentes localidades.

“Este trabajo busca generar y potenciar las competencias en las familias de los microterritorios y los diferentes actores sociales para que sean facilitadores y transformadores de las dinámicas que favorecen la salud”¹.

Salud a su Casa (SASC) es un programa de la Secretaría Distrital de Salud que hace parte del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y se ejecuta a través de contratos con los hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel de la red pública Distrital.

Operativamente el proyecto se concreta a través de un proceso de contratación celebrado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud con los hospitales de menor complejidad, que tiene como objeto adelantar un proceso de mantenimiento y seguimiento a población de un micro territorio, que es determinada como la unidad

¹ Lineamientos Secretaría Distrital de Salud – Ámbito familiar – Salud a su Casa



operativa para el desarrollo del proyecto salud a su casa, el cual se configura como el conglomerado de 1.200 familias, que comparten un espacio geográfico, condiciones socioeconómicas y de entorno².

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

Al verificar la inclusión del programa salud a su casa en los Planes de Desarrollo institucional, Plan de Acción y Plan Operativo Anual, se determino *que este programa consiste en Un proyecto de inversión del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva” 2008-2012 que incorpora en una estructura integrada, por procesos de lectura de necesidades sociales de las familias que habitan las zonas de mayor vulnerabilidad en Bogotá y respuestas acordes de responsabilidad del sector, aunando acciones de abogacía dirigidas a otros actores y sectores, para el logro de resultados que incidan positivamente en su calidad de vida y salud. Es la puerta de entrada para acercar los servicios a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida.*³

La localidad Ciudad Bolívar, donde funciona el Hospital Vista Hermosa cuenta con 8 UPZ distribuidas en 4 territorios sociales, en el I territorio se cuentan las UPZ Mochuelo y Monteblanco, territorio II Lucero, Tesoro y Jerusalén, Territorio III las UPZ San Francisco, Arborizadora e Ismael Perdomo y en el territorio IV la zona rural, así mismo se cuenta con 35 microterritorios en 163 barrios con un cubrimiento de 79.946 personas⁴, estructurada en los siguientes términos:

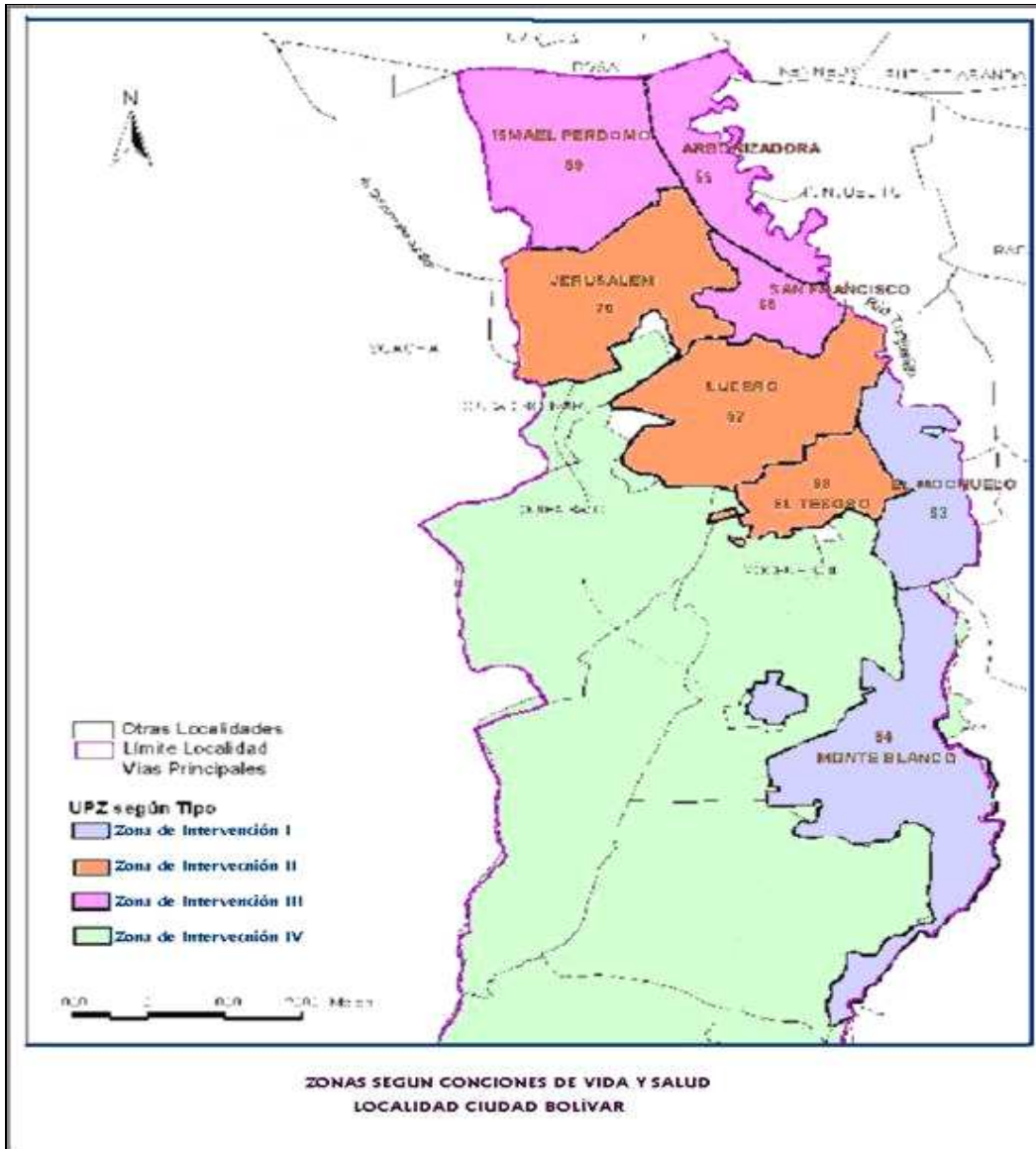
En el año 2003 para la ciudad de Bogotá se clasifican 79 territorios sociales de estos, 4 corresponde a la localidad de Ciudad Bolívar que a continuación se describen

² En zona rural un número de familias varía de acuerdo a la dispersión geográfica y distribución de las viviendas

³ Informe salud a su casa

⁴ Cuadro estadístico suministrado por el Hospital de Vista Hermosa

Mapa 1.
Territorios sociales que se adoptan para Ciudad Bolívar



Fuente: Diagnostico local con participación social año 2003

Tabla 1.
Distribución de microterritorios de SASC

TERRITORIO	UPZ		MICROTERRITORIO SASC	BARRIOS
TERRITORIO 1	63	MOCHUELO	MOCHUELO	MOCHUELO ALTO LAGUNITAS PATICOS LA ESMERALDA BARRANQUITOS
	64	MOTEBLANCO	PASQUILLA	PASQUILLA PASQUILLITA SANTA BARBARA SANTA ROSA
TERRITORIO 4	9	VEREDAS		
TERRITORIO 2	67	LUCERO	VISTA HERMOSA 1	OCHO DE DICIEMBRE VILLAS DEL PROGRESO REPUBLICA DE CANADA FLORIDA SUR LA CUMBRE TESORITO
			VISTA HERMOSA 2	TESORO ARABIA MINUTO DE MARIA LIMONAR
			VISTA HERMOSA 3*	ESMERALDA NUTIVARA ESTRELLA VISTA HERMOSA SECTOR ANDES
			VISTA HERMOSA 4*	NUEVA COLOMBIA MANITAS CAPRI
	68	TESORO	PARAISO 1	PARAISO EL EDEN QUIBA GUAVAL QUIBA VERBENAL
			PARAISO 2	PARAISO MIRADOR PARAISO SECTOR ARADO
			BELLA FLOR	BELLA FLOR SECTOR A,B,C,D,E LA TORRE SAN JOSE DE LOS SAUCES PUERTAS DEL PARAISO QUIBA BAJA QUIBA ALTA
			ALPES	ALPES TABOR ALTA LOMA BRISAS DEL VOLADOR RECUERDO SUR TIERRA COLORADA CORDILLERA SUR
	70	JERUSALEN	JERUSALEN 1	CARACOLI PARTE MEDIO SANTA ROSITA NUEVA ARGENTINA
			JERUSALEN2	CARACOLI PARTE ALTA UNION DIVINO NIÑO TANQUE LAGUNA (Brisas, Buenos Aires)
			POTOSI 1	POTOSI CARACOLI PARTE BAJA
			POTOSI 2	ARBORIZADORA ALTA SECTOR GRUPOS
			SIERRA MORENA 1	SANTA VIVIANA SANTA VIVIANA VISTA HERMOSA SANTO DOMINGO
SIERRA MORENA 2	ALTOS DE LOS ROBLES NUEVA ARGENTINA PARTE BAJA BALCON DE LA SIERRA SIERRA MORENA SECTOR EL PROGRESO SIERRA MORENA SECTOR VILLAS DE LA SIERRA PENON DEL CORTIJO I ETAPA			

Fuente: Hospital Vista Hermosa – Programa de Salud a su Casa.

Tabla 1.
Distribución de microterritorios de SASC (continuación)

TERRITORIO	UPZ	MICROTERRITORIO SASC	BARRIOS	
TERRITORIO 3	65	ARBORIZADORA	SIERRA MORENA 3 *	SIERRA MORENA I Y IV SECTOR
			MANUELA BELTRAN 1	JERUSALEN BELLA VISTA LA Y PLAN CANTERAS
			MANUELA BELTRAN 2	JERUSALEN VERONA MANUELA BELTRAN PRADERA ESPERANZA
			MANUELA BELTRAN 3	ARBORIZADORA ALTA SECTOR SENA ARBORIZADORA ALTA SECTOR SAN RAFAEL BONANZA BOSQUES DEL MADRIGAL I
			MANUELA BELTRAN 4	BOSQUES DEL MADRIGAL II LAS PALMAS LA SULTANA DIVINO BIÑO BALCANES PANORAMA ARBORIZADORA ALTA SECTOR SAN RAFAEL
	66	SAN FRANCISCO	CASA DE TEJA 1	DIVINO NIÑO MONTERREY ACAPULCO VILLA JACKYE VILLAS DE SAN JOAQUIN BUENOS AIRES II SECTOR
			CASA DE TEJA 2	SAN JOAQUIN SOCORRO BUENOS AIRES I y III CERROS DEL SUR BOGOTÁ I y II SECTOR BOGOTÁ SECTOR TEQUENDAMA
			CASA DE TEJA 3	EL REFLEJO II SOTAVENTO I y II RINCON DEL DIAMANTE CASA DE TEJA POTRERITOS LOS DUQUES
			SAN FRANCISCO 1	SAUCES SAUCES SECTOR EL RECUERDO EL TRIUNFO VILLA GLORIA JUAN JOSE RONDON SECTOR LA CASONA (Subsector Robios)
			SAN FRANCISCO 2	JUAN JOSE RONDON SECTOR LA CASONA Subsectores Playita, Escuela, Avioncito y Paradero VILLAS DEL DIAMANTE SAN FRANCISCO SECTOR LA ESPERANZA JUAN PABLO II
			SAN FRANCISCO 3 *	COMPARTIR SECTORES I, II Y III SAN LUIS COLMENA
			SAN FRANCISCO 4 *	ACACIA PARTE ALTA MILLAN JUAN JOSE RONDON SECTOR EL PLAN
			CANDELARIA 1	ESCALA I y II LA PAZ GIBRALTAR I y II ALTOS DE JALISCO ALTOS DEL ROCIO ACAPULCO BOSQUES I y II CIUDAD
			CANDELARIA 2	VILLAS DEL BOLIVAR JUAN JOSE RONDON SECTOR ALTOS DE LA CRUZ
			69	ISMAEL PERDOMO
	PERDOMO 2	SAN RAFAEL ALTOS DE LA ESTANCIA COLINAS DE SAN RAFAEL RINCON DEL PORVENIR RINCON DE GALICIA PORVENIR II MIRADOR DE LA ESTANCIA I y II sector		
	PERDOMO 3 *	MARIA CANO PORVENIR DE LA ESTANCIA		
	SAN ISIDRO 1	TRES REYES I Y II SECTOR ESPIÑO I CASA GRANDE		
	SAN ISIDRO 2	MIRADOR DE LA ESTANCIA III sector LAS HUERTAS CERRITOS I, II Y III SAN ISIDRO I Y II SAN ISIDRO SECTOR LA CARBONERA		

Fuente: Hospital Vista Hermosa – Programa de Salud a su Casa.

El programa de Salud a su Casa, en el año 2009, contó con los equipos de SASC y 9 intervenciones complementarias, con el fin de dar respuesta a las realidades identificadas de los microterritorios, a continuación se presenta en la tabla 2 de las intervenciones y cumplimiento de metas de la vigencia abril – diciembre de 2009:

Tabla 2.
Intervenciones y cumplimiento de metas vigencia abril – diciembre 2009

PDA O TRASVERSALIDAD	ACCIÓN	Producto	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	% de EJECUCIÓN
GESTIÓN	Gestión del territorio	Unidad de gestión ejecutada	9	9	100%
OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	Actualización de novedades y análisis de los cambios en la situación de salud de la población y del territorio (35%)	Micro territorio en mantenimiento	35	35	100%
	Intervenciones de información y educación, verificación de asistencia a programas y canalización a prioridades (35%)		35	35	100%
	Desarrollo de los núcleos de gestión de la salud (20%)		35	35	100%
	Planeación y organización del trabajo de campo (10%)		35	35	100%
SALUD MENTAL	Terminar el proceso en familias iniciadas en feb_marzo 2.009	Familia intervenida para generar cambios positivos en su dinámica familiar	634	634	100%
	Desarrollar proceso completo en familias nuevas		67	67	100%
DISCAPACIDAD	Encuentros de familias en situación de discapacidad	Grupo de familias informado y sensibilizado al reconocimiento de sus derechos	3	3	100%
TRABAJO	Terminar el proceso (1, 2 asesoría técnica y seguimiento) en todas las viviendas incluidas las iniciadas en feb_marzo 2.009	Vivienda que comparte el uso productivo con el habitacional con condiciones seguras para el trabajo.	85	85	100%
	Desarrollar diagnóstico y concertación de plan de mejoramiento en viviendas nuevas		163	163	100%
SALUD ORAL	Caracterizar a la familia en Salud Oral	Familia con mejores prácticas en salud oral	185	185	100%
	Hacer visitas de seguimiento a familias caracterizadas		522	522	100%
	Ejecutar plan de acción para el apoyo para la articulación y mejoramiento del proceso de salud oral en el ámbito familiar		6	6	100%
AMBIENTE	Ejecutar los planes integrales de entornos saludables	Entornos en microterritorios de SASC con cambios positivos en las condiciones de salud y ambiente	3	3	100%
	Desarrollar actividades de sensibilización e información para mejoramiento de las prácticas de higiene y saneamiento en la vivienda		3000	3.000	100%
INFANCIA	Estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)	Familia con mejoramiento en los conocimientos y habilidades para el cuidado de niños y niñas	9980	9.980	100%

Fuente: Hospital Vista Hermosa – Programa de Salud a su Casa 2009.

Tabla 2.
Intervenciones y cumplimiento de metas vigencia abril – diciembre 2009 (continuación)

PDA O TRASVERSALIDAD	ACCIÓN	Producto	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	% de EJECUCIÓN
SSR	Identificar riesgos biopsicosociales en la familia gestante y generar acuerdo de trabajo que incluye las canalizaciones pertinentes	Mujer gestante intervenida con red primaria fortalecida	336	336	100%
	Realizar visitas de seguimiento para monitorear el avance de la gestación y del plan de trabajo familiar		782	782	100%
	Busqueda, canalización y seguimiento a casos reportados	Caso intervenido	3	3	100%
DISCAPACIDAD	3 y 4 asesoría domiciliaria para seguimiento y cierre del proceso en familias iniciadas en feb_marzo de 2009	Familia en situación de discapacidad asesorada	228	228	100%
	4 asesorías domiciliarias a familias nuevas		241	241	100%
SALUD MENTAL	Terminar el proceso (3a y 4a visita) en familias iniciadas en feb_marzo 2.009	Familia con cambios positivos en su dinámica familiar			
	Desarrollar proceso completo (4 visitas) en familias nuevas		813	813	100%
DESPLAZADOS	Terminar el proceso (2a y 3a visita) en familias iniciadas en feb_marzo 2.009	Familias en situación de desplazamiento con cambios positivos en las relaciones intrafamiliares y fortalecimiento de sus procesos participativos	296	296	100%
	Desarrollar proceso completo (3 visitas) en familias nuevas		33	33	100%
	Desarrollar proceso completo de asesoría jurídica a la familia		139	139	100%
AMBIENTE	Asesoría por tenencia inadecuada de animales	Familia asesorada en tenencia adecuada de animales	33	33	100%
	Asesoría para control de vectores plaga en interiores	Familia asesorada en control de vectores en interiores	32	32	100%

Fuente: Hospital Vista Hermosa – Programa de Salud a su Casa 2009.

Para el año 2010, se estableció que el ámbito familiar – programa de SASC contaría los equipos de salud y con 5 intervenciones complementarias, presentando el siguiente cumplimiento de metas de enero a junio:

Tabla 3.
Intervenciones y cumplimiento de metas enero a junio 2010

ACTIVIDADES REALIZADAS CON LAS FAMILIAS DE MICROTERRITORIOS	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
SEGUIMIENTO A FAMILIAS	7936	8810	6590	5726	5516
AIEPIS NUEVOS	1348	1254	820	793	984
AIEPIS SEGUIMIENTOS	1175	1010	985	318	905
GESTANTES BAJO RIESGO NUEVAS	231	270	221	174	189
GESTANTES BAJO RIESGO SEGUIMIENTO	226	275	264	284	272
GESTANTES ALTO RIESGO NUEVAS	28	48	69	52	120
GESTANTES ALTO RIESGO SEGUIMIENTO	65	100	105	111	124
FAMILIAS CON ASESORIA ESTRATEGIA RBC	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
CUARTA		52	47	52	51
TOTAL CIERRES		52	47	52	51
VISITAS A NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
CARACTERIZACIÓN Y PLANES CASEROS	129	44	44	44	44
PRIMER SEGUIMIENTO	52	52	52	52	46
SEGUNDO SEGUIMIENTO					6
TOTAL	181	96	96	96	96
VISITAS A FAMILIAS DESPLAZADAS	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PRIMERA	35	30	44	35	35
SEGUNDA	9	26	39	35	35
TERCERA	50	35	25	40	30
TOTAL CIERRES	50	35	25	40	30
ORIENTACIÓN A FAMILIAS PSICOSOCIAL Y CONDUCTA SUICIDA	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PRIMERA	53	54	53	54	54
SEGUNDA	40	54	54	53	54
TERCERA	63	74	53	52	54
TOTAL CIERRES	63	74	54	52	54
VISITAS ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
VISITAS	312	213	206	205	202

Fuente: Hospital Vista Hermosa – Programa de Salud a su Casa 2010.



Ejecución Financiera Ámbito Familiar – Programa SASC 2009 y 2010

La ejecución de actividades del Proyecto de inversión 623 correspondiente a Salud a Su Casa contó con recursos provenientes del contrato 731 de 2008, teniendo una programación para los meses de enero a marzo de 2009 de \$948.8 millones y la facturación se realizó al 100% para el periodo en mención. De otro lado se recibió glosa por un valor de \$1.0 millones, para un total ejecutado de \$947.7 millones. (Ver tabla No. 4).

Tabla 4.
Presupuesto Ámbito Familiar – Programa SASC. Contrato 731 - 2008.
Periodo Enero - Marzo 2.009

SASC					
PROYECTO INVERSION	PRESUPUESTO *	TOTAL FACTURACION	TOTAL GLOSAS	TOTAL EJECUTADO	PORCENTAJE GLOSAS
623	\$ 948.818.251	\$ 948.818.251	\$ 1.060.457	\$ 947.757.794	0,11%

Fuente: Fuente: Hospital Vista Hermosa – PIC 2009.

En el periodo abril – diciembre de 2009, se contó con un presupuesto total de \$2.715.9 millones y se realizó una facturación \$2.716.5 millones. De preliquidación de glosas, al mes de noviembre se tiene un valor glosado de \$0.6 millones; correspondiente al 0.02% para un total ejecutado de \$2.715.9 millones. (Ver tabla No. 5).

Tabla 5.
Presupuesto Ámbito Familiar – Programa SASC. Contrato 623 - 2009. Periodo Abril – Diciembre 2009

SASC							
PROYECTO INVERSION	PRESUPUESTO INICIAL	VALOR ADICIONES	PRESUPUESTO TOTAL	TOTAL FACTURACION	TOTAL GLOSAS	TOTAL EJECUTADO	PORC. GLOSAS
623	\$ 1.218.542.004	\$ 1.497.447.991	\$ 2.715.989.995	\$ 2.716.592.125	\$ 620.298	\$ 2.715.971.827	0,02%

Fuente: Fuente: Hospital Vista Hermosa – PIC 2009.

Los recursos ejecutados en el periodo enero – marzo 2009 correspondieron a \$948.8 millones, los cuales provenían de una adición y reprogramación del año 2008. Para el periodo abril - diciembre de 2009, se facturo un valor de \$2.716.5 millones. En el cuadro No. 6, se evidencian los valores totales facturados mes a mes para el proyecto de inversión 623.

El proyecto de inversión 623 de Salud a Su Casa para el periodo enero – junio de



2010, tuvo una asignación presupuestal de \$2.364.6 millones y se realizó una facturación de \$1.401.9 millones. Durante el periodo no se ha contado con auditoria.

Tabla 6.
Presupuesto Ámbito Familiar – Programa SASC. Contrato 026 - 2010.
Periodo enero – junio 2010

SASC							
PROY. INVERSION	PRESUPUESTO INICIAL	ADICION	PRESUPUESTO TOTAL ACTUAL	TOTAL FACTURACION A JUNIO DE 2.010	TOTAL GLOSAS	TOTAL EJECUTADO	% GLOSAS
623	\$ 990.563.243	\$ 1.374.073.649	\$ 2.364.636.892	\$ 1.401.930.379	\$ 0	\$ 1.401.930.379	0,00%

Fuente: Fuente: Hospital Vista Hermosa – PIC 2009

Talento Humano

El Hospital Vista Hermosa para el desarrollo de las actividades de salud a su casa contó con el siguiente talento humano:

Tabla 7.
Relación de talento humano comparativo 2009 –2010

INTERVENCIONES	PROFESIONALES	2009	2010
GESTION	PROFESIONALES ESPC	2	2
	PROFESIONAL SOPORTE	1	1
	APOYO ADMINISTRATIVO	1	1
SASC	MEDICOS	7	7
	ENFERMEROS	7	7
	AUXILIARES	70	70
	PROFESIONALES DE APOYO OPERATIVO	5	5
PIES	TRABAJADORES	2	1
	AMBIENTALES	2	2
	TECNICOS	12	5
SALUD MENTAL (PLURIMODAL)	PSICOLOGOS	6	
SALUD MENTAL PSICOSOCIAL	PSICOLOGOS	6	1 TIEMPO COMPLETO 1 MEDIO TIEMPO
DISCAPACIDAD	PROFESIONALES	4	3
	AGENTES DE CAMBIO	4	3
SALUD ORAL	ODONTOLOGO	1	
	HIGINISTA	1	1
TRABAJO	TECNICO	1	
SAN	NUTRICIONISTA	1	
SSR	ENFERMERO	1	
			1 TIEMPO COMPLETO 1 MEDIO TIEMPO
DESPLAZADOS	PSICOLOGOS	1	
	ABOGADO	1	
	TOTAL	136	112

Fuente: Fuente: Hospital Vista Hermosa – Ámbito Familiar – SASC.



Violencia Intrafamiliar

Con relación a violencia intrafamiliar desde la intervención psicosocial del programa de Salud a su Casa, se da respuesta a los casos canalizados la cual tiene como objetivo “Brindar apoyo psicosocial a la familia en su domicilio con el fin de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia”, el equipo de psicosocial está conformado por dos profesionales (psicólogos) uno tiempo completo y el otro medio tiempo, comparado con el 2009 se contaba con 5 profesionales los cuales tuvieron una meta de 813 casos, con un cumplimiento al 100% y en el 2010 se tiene planteado 598 casos que a corte de junio se cuenta con respuesta a 297 casos con un total de 50%.

Con relación a la situación presentada en la localidad Ciudad Bolívar, desde el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar (SIVIM) el comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar del trimestre de enero a marzo de 2009, se debe tener en cuenta que de los 487 casos notificados, al cierre del trimestre (31/03/2009) se han intervenido el 82,8% (403); es importante aclarar que las intervenciones realizadas a los casos durante el trimestre están condicionadas de acuerdo a la programación y metas establecidas por la asignación presupuestal.

Para éste trimestre, sigue siendo la madre la identificada como la principal agresora con un 32.9% de ocurrencia, con una ligera disminución con respecto al trimestre anterior (36.8%). Igualmente anterior la pareja ocupó el segundo lugar en cuanto a tipo de agresor con un 23.7%(93 casos) del total de los casos, tal como se observa la tabla No. 8.

Tabla 8.
Distribución porcentual de los agresores, según SIVIM,
Localidad Ciudad Bolívar - Enero a Marzo de 2009.

RELACION	Frecuencia	%
PADRE	62	15,8
MADRE	129	32,9
PADRASTRO	8	2,0
MADRASTRA	6	1,5
HERMANO(A)	10	2,6
PAREJA	93	23,7
HIJO(A)	22	5,6
ABUELO(A)	6	1,5
OTRO FAMILIAR	14	3,6
CONOCIDO	24	6,1
DESCONOCIDO	18	4,6
Total general	392	

Fuente: Hospital Vista Hermosa. VSP –Notificación mensual SIVIM 2009.

Desde el sistema de vigilancia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) el comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar del trimestre abril a junio, se debe tener en cuenta que de los 624 casos notificados, al cierre del trimestre (30/04/2009) se han intervenido 341 casos; es importante aclarar que las intervenciones realizadas a los casos durante el trimestre están condicionadas de acuerdo a la programación y metas establecidas por la asignación presupuestal.

En éste trimestre, sigue siendo la madre la identificada como la principal agresora con un 33.4% de ocurrencia, con un ligero aumento con respecto al trimestre anterior (32.9.8%). A diferencia del trimestre anterior el padre ocupó el segundo lugar en cuanto a tipo de agresor con un 21.2 %, pues en el trimestre anterior la pareja ocupaba el segundo lugar en agresión, tal como se observa en la tabla 9.

Tabla 9.
Distribución porcentual de los agresores, según SIVIM
Localidad Ciudad Bolívar - Abril a Junio de 2009

RELACION	Frecuencia	%
MADRE	112	33,4
PADRE	71	21,2
PAREJA	64	19,1
CONOCIDO	27	8,1
OTRO FAMILIAR	22	6,6
DESCONOCIDO	12	3,6
PADRASTRO	11	3,3
HERMANO (A)	8	2,4
ABUELO (A)	4	1,2
HIJO (A)	4	1,2
Total general	335	

Fuente: Hospital Vista Hermosa. VSP. Notificación mensual SIVIM 2009.

Desde el sistema de vigilancia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) el comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar en el trimestre de julio a septiembre, se debe tener en cuenta que de los 739 casos notificados, al cierre del trimestre (30/09/2009) se han intervenido 434 casos; es importante aclarar que las intervenciones realizadas a los casos durante el trimestre están condicionadas de acuerdo a la programación y metas establecidas por la asignación presupuestal.

Nuevamente para éste trimestre, sigue siendo la madre la identificada como la principal agresora con un 39.0% de ocurrencia, con un aumento significativo con respecto al trimestre anterior (33.4%). En este trimestre el padre sigue ocupando el segundo lugar en cuanto a tipo de agresor con un 20.8 %, se mantuvo con respecto al anterior semestre, tal como se evidencia en la tabla No. 10.



Tabla 10.
Distribución porcentual de los agresores, según SIVIM
Localidad Ciudad Bolívar -Julio a Septiembre de 2009

Relacion	Frecuencia	%
Madre	242	39,0
Padre	129	20,8
Pareja	121	19,5
Conocido	30	4,8
Otro familiar	28	4,5
Padrastro	21	3,4
Hermano(a)	18	2,9
Desconocido	13	2,1
Hijo(a)	12	1,9
Abuelo(a)	6	1,0
Total general	620	100

Fuente: Hospital Vista Hermosa. VSP. Notificación mensual SIVIM 2009

Finalmente, desde el sistema de vigilancia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) el comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar en el cuarto trimestre el de septiembre a diciembre, en el comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar del trimestre, se debe tener en cuenta que de los 791 casos notificados, al cierre del trimestre (31/12/2009) se han intervenido 432 casos; es importante aclarar que las intervenciones realizadas a los casos durante el trimestre están condicionadas de acuerdo a la programación y metas establecidas por la asignación presupuestal.

Para éste trimestre, sigue siendo la madre la identificada como la principal agresora con un 37.8% de ocurrencia, con aumento con respecto al trimestre anterior (33.4%). En este trimestre el padre sigue ocupando el segundo lugar en cuanto a tipo de agresor con un 27.5%, teniendo un ligero aumento con respecto al trimestre anterior (20,8%), tal como se muestra en la tabla No. 11.

Tabla 11
Distribución porcentual de los agresores, según SIVIM
Localidad Ciudad Bolívar - Octubre a Diciembre de 2009

RELACION	Frecuencia	%
PADRE	288	27,5
MADRE	396	37,8
PADRASTRO	27	2,6
MADRASTRA	3	0,3
HERMANO(A)	21	2,0
PAREJA	149	14,2
HIJO (A)	16	1,5
ABUELO (A)	13	1,2
OTRO FAMILIAR	39	3,7
CONOCIDO (A)	66	6,3
DESCONOCIDO (A)	29	2,8
Total General	1047	100

Fuente: Hospital Vista Hermosa. VSP –Notificación mensual SIVIM 2009.



Para el año 2010 en el periodo de enero a septiembre, se han intervenido 4610 casos, notificados al sistema de vigilancia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM); es importante aclarar que se pueden presentarse entre uno y cinco tipos de violencia casos (violencia sexual, abandono, negligencia, económica, física, y emocional) por cada usuario.

Al realizar el análisis por tipo de agresor, se evidencia que la madre predomina como agresora en los casos reportados con un 39,3%, el padre muestra un comportamiento similar con un 28,2%. Al realizar la suma de la frecuencia relativa de los casos de estos dos tipos de agresores indica que el 67,5% son cometidos por ellos con respecto al total de casos. En tercer lugar se ubica la pareja como agresora con una participación el 14,2% como se observa en la tabla 12.

Tabla 12.
Distribución porcentual de los agresores, según SIVIM,
Localidad Ciudad, Enero a Septiembre de 2010

RELACION	CASOS	%
ABUELO(A)	46	1,0%
CONOCIDO	236	5,1%
DESCONOCIDO	104	2,3%
HERMANO(A)	60	1,3%
HIJO(A)	135	2,9%
MADRASTRA	24	0,5%
MADRE	1812	39,3%
OTRO FAMILIAR	138	3,0%
PADRASTRO	102	2,2%
PADRE	1300	28,2%
PAREJA	653	14,2%
TOTAL GENERAL	4610	100%

Fuente: Hospital Vista Hermosa. VSP –Notificación mensual SIVIM 2009

Mortalidad en Niños Menores de Cinco Años

“La mortalidad perinatal, infantil, menor de cinco años, por enfermedad diarreica aguda, por enfermedad respiratoria aguda o por desnutrición son indicadores sensibles del bienestar de una población, de las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre su familia y de la calidad de la atención preconcepcional, prenatal, intraparto, del neonato y el infante, estas muertes reflejan el grado de desarrollo de un país, muestran las condiciones de iniquidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia.



Los factores que influyen en la mortalidad evitable en ocasiones son comunes a aquellos que afectan la salud de la madre y de la población en general; por lo tanto, las acciones que se implementen para disminuirla actuarán de forma favorable sobre las condiciones de salud de la sociedad, es decir, tendrán repercusión más allá de la sobrevida infantil.

En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), donde se han tratado de unir varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) se vienen adelantando diversas estrategias o líneas de trabajo que apuntan a reducir la mortalidad, morbilidad y severidad de los episodios de EDA-IRA padecidos por lo menores de cinco años⁵.

Es importante aclarar los conceptos de la mortalidad perinatal, infantil y menores de cinco años.

Mortalidad perinatal: Es la muerte que ocurre en el periodo perinatal, el cual comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación o sobre los 500 gramos de peso y termina siete días completos después del nacimiento⁶.

Mortalidad infantil: “Se entiende como la mortalidad que ocurre en menores de un año de edad por diferentes causas.

Mortalidad en menores de cinco años: entendida como la mortalidad en niños menores de cinco años por diferentes causas⁷.

⁵ HOSPITAL VISTA HERMOSA. Informe de mortalidad evitable. 2010. Pág. 2.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10). Washington, D.C. 1995.

⁷ HOSPITAL VISTA HERMOSA. Op. cit., Pág. 6 y 7.

Tabla 13.
Seguimiento a las metas distritales de mortalidad evitable para infancia 2009

INDICADOR	LINEA BASE	FUENTE	META DISTITAL	BOGOTA D.C. 2009	SEGUIMIENTO BOGOTA D.C. 2009	CIUDAD BOLIVAR 2009	SEGUIMIENTO CIUDAD BOLIVAR 2009
TM perinatal (X 1.000 nacidos vivos)	19,8	DANE 2006	16	14	2	13,8	2,2
TM en menores de un año (X 1.000 nacidos vivos)	13,5	DANE 2006	9,9	11,7	-1,8	14,1	-4,2
TM en menores de cinco años (X100.000 < 5 años)	26,2	DANE 2006	23,7	25,3	-1,6	29,6	-5,9
TM por neumonía en menores de cinco años (X100.000 < 5 años)	15,9	DANE 2006	11,5	14,4	-2,9	21,8	-10,3
TM por enfermedad diarreica aguda (X100.000 < 5 años)	2	DANE 2006	1	1	0	3,1	-2,1
TM por desnutrición (X100.000 en niños y niñas < 5 años)	4,1	SDS 2006	3	3,5	-0,5	4,7	-1,7

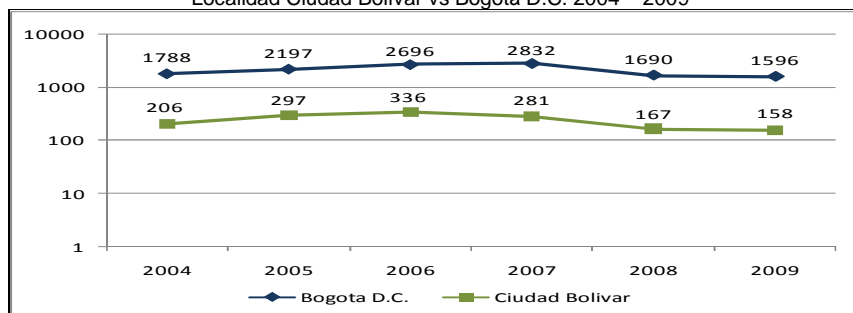
FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales y SDS 2008 y 2009.

Se observa en la tabla 13 que las tasas de la localidad de Ciudad Bolívar esta por encima de las tasas distritales por lo que se podría pensar que las condiciones socio demográficas y económicas de la localidad están por debajo de las del distrito y la calidad de vida en la localidad en inferior a la del distrito por sus condiciones particulares.

Aunque las tasas han disminuido notablemente según los datos referidos en la tabla la probabilidad de cumplimiento de la metas distritales no son posibles para el año 2011, dado que un año es poco tiempo para incidir en los determinantes sociales que influyen directa e indirectamente en la mortalidad evitable de la etapa del ciclo vital de infancia.

Con respecto a la mortalidad perinatal el distrito plantea reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal la localidad se encuentra 2,2 punto por debajo de la meta distrital lo que muestra un avance.

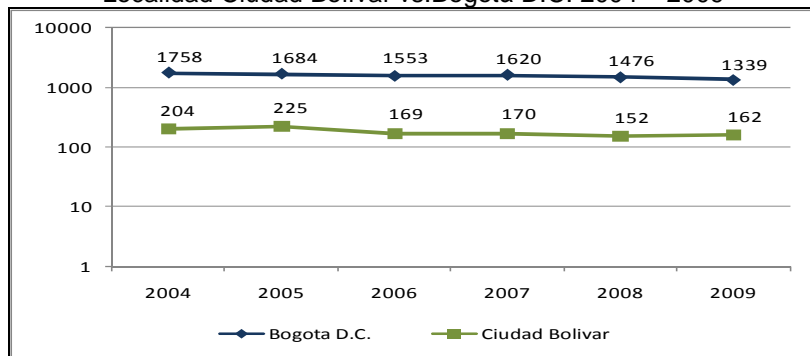
Gráfica 1.
Distribución comparativa de casos por mortalidad perinatal
Localidad Ciudad Bolívar vs Bogotá D.C. 2004 – 2009



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo.
Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales 2008 y 2009

De acuerdo a la grafica 2. Se observa una leve disminución de la tendencia para Bogotá D.C. y la localidad de ciudad bolívar, dado que entre el año 2004 y 2009 se presento una reducción de 193 eventos, mientras que para la localidad de Ciudad Bolívar para el mismo periodo se redujeron 49 casos.

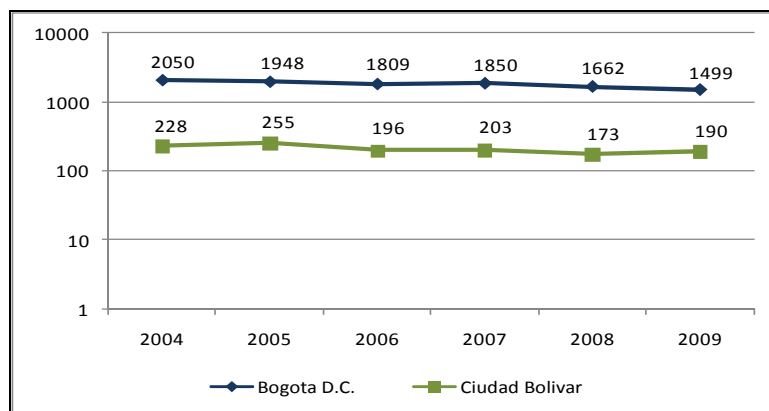
Gráfica 2.
Distribución comparativa de casos por mortalidad infantil
Localidad Ciudad Bolívar vs. Bogotá D.C. 2004 – 2009



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo.
Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales 2008 y 2009

La frecuencia absoluta de mortalidades infantiles se observa una reducción de 42 eventos para la localidad y 419 casos para el distrito, lo que nos podría indicar un impacto en las estrategias utilizadas en pro de la reducción en el distrito y en la localidad aunque es necesario reforzarlo para el cumplimiento de la meta dado que no es viable el cumplimiento de la meta según los datos.

Gráfica 3.
Comparativo de casos por mortalidad en menores de cinco años
Localidad Ciudad Bolívar vs. Bogotá D.C. 2004 – 2009

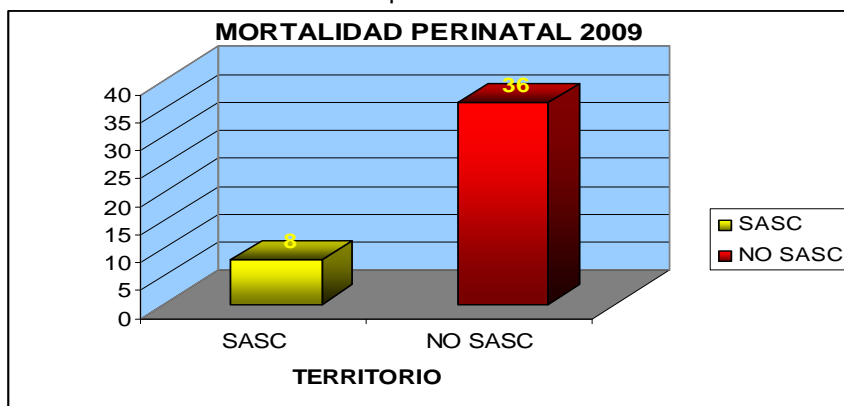


FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo.
Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales 2008 y 2009

En cuanto a tendencia de los eventos de mortalidad en menores de cinco años, se observa una disminución leve casos, para la localidad de Ciudad Bolívar se redujo (n=38) casos y para el distrito (n=551) casos

Con relación a esta situación, desde el programa de Salud a su Casa, se tiene la siguiente información:

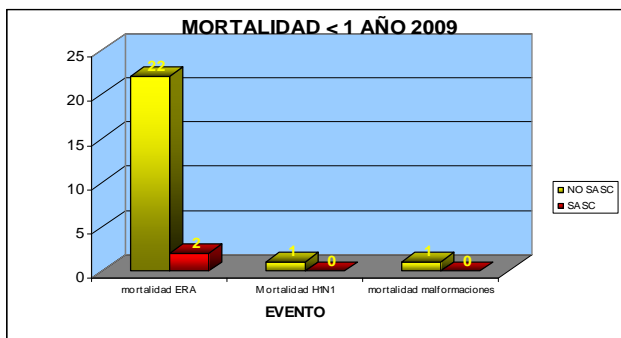
Gráfica 4.
Mortalidad perinatal año 2009



Fuente: Base de Datos Mortalidad Vigilancia Salud Pública 2009

Se presentaron durante el año 2009 44 muertes perinatales, de las cuales, el 82% (36 muertes) ocurrieron en individuos no caracterizados ni pertenecientes al programas SASC, sólo el 18% (8 muertes) se produjeron en los microterritorios de SASC.

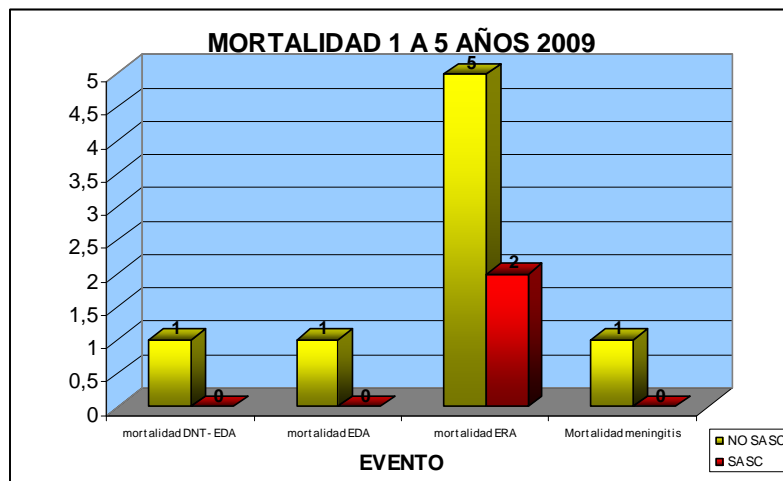
Gráfica 5.
Mortalidad infantil 2009



Fuente: Base de Datos Mortalidad Vigilancia Salud Pública 2009

Se presentaron 26 muertes en niños menores de 1 año durante el año 2009, de las cuales, el 92% (24 muertes) ocurrieron fuera del territorio SASC, sólo el 8% (2 muertes) ocurrieron en el territorio SASC.

Gráfica 6.
Mortalidad en niños de 1 a 5 años de 2009



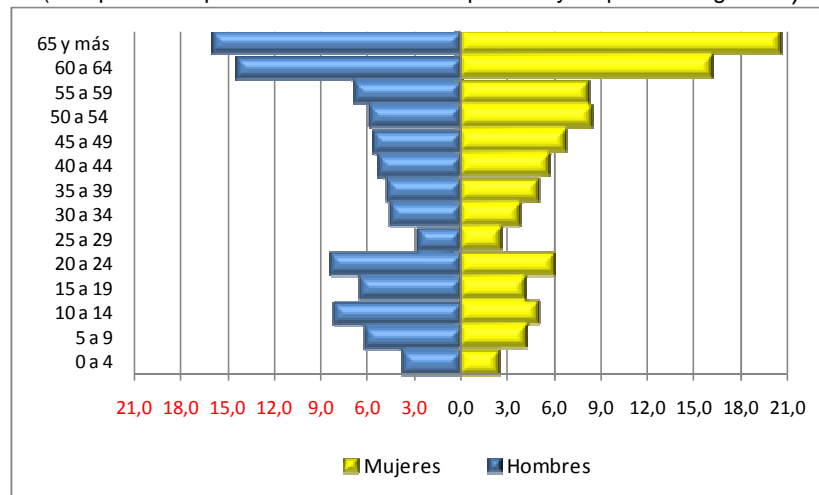
Fuente: Base de Datos Mortalidad Vigilancia Salud Pública 2009

Se presentaron 10 muertes de niños entre 1 a 5 años de edad, de las cuales, el 80% (8 muertes) se presentaron fuera del territorio SASC, sólo, el 20% (2 muertes) fueron ocurridas en algún microterritorio.

Discapacidad

Dentro de la estrategia de registro para la localización y caracterización de personas en condición de discapacidad en el periodo 2005 - 2007, después de depurada la base de datos por la Secretaria de Distrital de Salud, se obtuvo un total de 11.538 personas en condición de discapacidad caracterizadas. Según las proyecciones de los datos de población del censo del año 2005, la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2007 cuenta con 592.426 habitantes.

Grafica 7.
Pirámide poblacional de las personas en condición de discapacidad por sexo y grupos de edad, localidad Ciudad Bolívar, 2005 - 2007.
(Comparar con pirámide distrital de discapacidad y de población general)



FUENTE: DANE. Localización y caracterización de personas con discapacidad Localidad Ciudad Bolívar, 2007.

En la estructura poblacional se puede observar que las mujeres presentan mayor frecuencia de discapacidad, en ambos grupos a mayor edad, la frecuencia de la discapacidad se incrementa, en los grupos de menores de 24 años en los hombres se presenta una mayor frecuencia de discapacidad con respecto a las mujeres, cabe destacar que en el grupo de 25 a 29 años se observa es el grupo con menor frecuencia de discapacidad para ambos grupos.

En cuanto a la distribución de la población con discapacidad (11538) por área de residencia, se obtuvo que el 99,0% (11422) residen en la cabecera municipal; y el 1,0% reside en el centro poblado y la zona rural dispersa.

Con relación a las acciones ejecutadas dentro del programa de Salud a su Casa (SASC), se cuenta con la intervención de discapacidad específicamente con la estrategia de Rehabilitación basada en comunidad, se define el trabajo con la unidad familiar como "Acciones centradas en el sistema persona con discapacidad, familia, cuidador y cuidadora como actor social que vive una situación de discapacidad, con acciones encaminadas a mejorar su calidad de vida, el ejercicio de sus derechos y su inclusión social. Esto, implica su participación activa en construcciones conjuntas acordes al enfoque de derechos y los principios de autonomía, solidaridad, participación, corresponsabilidad,



integralidad y equidad, donde el énfasis esté en las personas, sus vínculos y relaciones dentro de redes primarias y secundarias⁸.

Los objetivos y concepto de asesoría en la ficha técnica emanada por la SDS⁹ se encuentran lo siguiente:

Objetivo general

Restituir y promover la autonomía funcional, social y política en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras de manera que se impacte en su calidad de vida e inclusión social.

Objetivos Específicos

Restituir en la familia su autonomía funcional como punto de partida para el desarrollo de la autonomía social-económica y política y avanzar en su inclusión social y calidad de vida.

Promover la autonomía social y política de la familia en situación de discapacidad a partir del conocimiento y reconocimiento de sus derechos, el ejercicio de su ciudadanía y la participación en redes sociales como promotoras de calidad de vida.

La asesoría domiciliaria, tiene énfasis en orientar a las familias a (re)construir modelos de actividades en sus ambientes naturales de acuerdo a su situación de discapacidad. No incluye intervenciones clínicas, ni terapias domiciliarias, por lo tanto, su objetivo está dirigido Lineamientos discapacidad ámbito familiar 2010.

La asesoría se enfatiza en aspectos como asesoría sobre el ejercicio de los derechos, acceso a servicios comunitarios e institucionales, aprovechamiento de los recursos de la localidad, entrenamiento al cuidador en autocuidado y manejo de la persona con discapacidad, orientación en el manejo de adaptaciones y aditamentos de manera temporal o permanente, distribución de roles, orientación en el manejo de ayudas técnicas y construcción del proyecto de vida, de manera importante incluye la canalización y seguimiento a las demás intervenciones de Rehabilitación basada en comunidad. Para esto, es importante formar a la familia para que sea actor del proceso y ofrecerle acompañamiento permanente en la

⁸ García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaría Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.

⁹ Secretaria Distrital de Salud Dirección de Salud Pública. Ficha Técnica Asesoría Domiciliaria a Familias en Situación de Discapacidad. Pág. 4. 2010



adquisición de destrezas que le permitan una mejor adaptación y participación social.

Este enfoque de trabajo centrado en la familia, el cuidador, la cuidadora y la persona con discapacidad en acciones inclusión social, comprende: el manejo del relato de vida y la narrativa para la realización de la lectura de necesidades en conjunto; el desarrollo de metas de cambio compartidas con el grupo familiar; canalización a procesos de inclusión social; identificación temprana de las dificultades intrafamiliares; obtención de información sobre necesidades; exploración de antecedentes culturales y valores; reconocimiento del ambiente doméstico, psicológico y físico y de las necesidades personales de los miembros de la familia incluida su propia asistencia en salud.

Con relación al programa de SASC, es importante destacar los avances en el año 2009, frente a ello se realizaron 469 asesorías desde la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, encontrando que el tipo de discapacidad que prevalece es la motora, presentando enfermedad degenerativa, amputaciones traumáticas y trastorno específico del desarrollo entre otros, continua la discapacidad cognitiva, principalmente con retardo mental y síndrome de Down y posteriormente la discapacidad múltiple que hace referencia a parálisis cerebral, ACV comprometiendo dos o más funciones corporales etc.

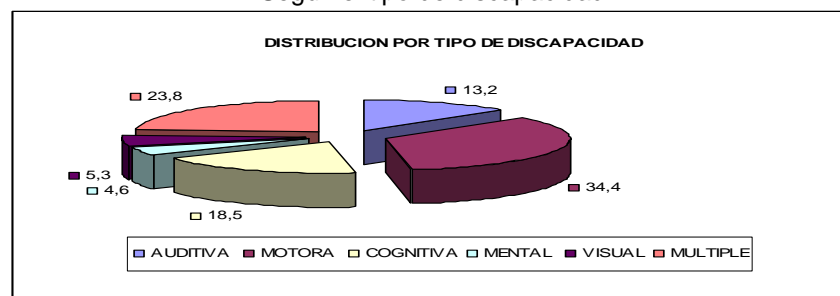
Respecto al año 2010, se tienen planteadas 660 asesorías domiciliarias a familias con personas en condición de discapacidad, para el periodo de enero a septiembre se han realizado 564 asesorías, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 14.
Distribución de asesorías del periodo de enero a septiembre de 2010

FAMILIAS CON ASESORIA EJECUTADAS POR LA INTERVENCION	
FAMILIAS CON 2 ASESORIAS	95
FAMILIAS CON 3 ASESORIAS	102
FAMILIAS CON 4 ASESORIAS	367
TOTAL FAMILIAS ASESORADAS	564

Fuente: H. V. H. – Base de datos de intervención discapacidad SASC 2010

Gráfica 8
Personas con discapacidad atendidas por asesoría domiciliaria
Según el tipo de discapacidad.



Fuente: H.V.H. – Base de datos de intervención discapacidad SASC 2010.

Se puede observar que de los usuarios atendidos, el tipo de discapacidad de mayor prevalencia es motora con un 34.4% evidenciados en 31 ciudadanos donde la mayoría de los diagnósticos están relacionados con la enfermedades cardiovasculares. Continúa la limitación múltiple con un 23.8% evidenciados en 23 ciudadanos quienes tienen alteraciones de tipo motor, cognitivo y mental e su mayoría. En tercer lugar de incidencia esta la auditiva, continuando con la cognitiva, visual y finalizando con la enfermedad mental con un 4.6 %.

Con este enfoque anterior se procura asegurar de forma eficaz y eficiente el abordaje de las familias y los problemas de salud y calidad de vida de las personas de la localidad de Ciudad Bolívar, beneficiarias del proyecto “salud a su casa” promovido por el Hospital de Vista Hermosa

Es importante tener presente que existen situaciones particulares de inseguridad para los funcionarios que laboran en el Hospital, específicamente en el ámbito familiar – programa SASC, donde se ha dificultado la caracterización, realización de acciones y seguimientos a la población priorizada. A continuación se enuncian los barrios en los cuales no es fácil el acceso:

San Francisco Sector La Esperanza, Juan Pablo II, La Paz, Gibraltar I y II, Espino III, Perdomo Alto, San Rafael, Altos de la Estancia, Rincón de Galicia, Tres Reyes I y II sector, Espino I, Villas del Progreso, La Esmeralda, Capri, Balcón de la Sierra, Sierra Morena sector El Progreso, Peñón del Cortijo.

De igual forma se estableció que por falta de presupuesto por parte de la Secretaria de Salud no se ha realizado más subproceso de caracterización de micro territorios nuevos que se tenía previsto para el año 2010



Temporalmente existe falta de recurso humano especialmente médicos lo cual afecta el cumplimiento de los lineamientos y la consecución de las metas, cuando en un equipo conformado por dos personas hace falta una se reduce totalmente la efectividad y eficiencia de la labor realizada.

Una vez realizado el respectivo análisis al proyecto Salud a su Casa (SASC) se estableció que se viene ejecutando en forma satisfactoria de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, por lo tanto no amerita ninguna observación que pueda determinar alguna clase de hallazgo

2.2.2 Evaluación al Programa Salud al Colegio

El plan de desarrollo del hospital 2008-2012 fue aprobado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No. 12 del 13 de agosto de 2008. Dicho plan se elaboró teniendo en cuenta las directrices planteadas en el plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2008-2012 “Bogotá Positiva: Para vivir mejor” y para el caso de las políticas de salud, los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud SDS, que entre otros contempla la prestación de servicios de salud a la comunidad *“extramurales a través de 5 ámbitos de vida cotidiana: Familiar, laboral, IPS, Escolar y Comunitario y 2 dos transversalidades de Vigilancia en Salud Pública: Vigilancia Ambiental y Vigilancia Epidemiológica, así mismo oferta servicios de salud intramurales e inmediatos de Hospitalización,…”*

Realizada la evaluación se determinó que por medio del ámbito escolar se ejecutan las actividades del proyecto No. 624 “Salud al colegio”, inmersas en el Plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en los planes de acción y operativo anual de la entidad.

De acuerdo a la información suministrada por el hospital para la vigencia de 2010, se atendieron las mismas 19 instituciones educativas con 74 sedes, ampliándose el numero sedes y atendiendo una población de 46.324 estudiantes, de 117.159 que tiene en la actualidad la localidad para un cubrimiento del 39.5%, se observa que se disminuyó el número de estudiantes en la Localidad con respecto a la vigencia 2009 y por ende la población atendida y su cobertura.

La cobertura del programa se establece por el número de población de cada sede educativa donde se realizó la intervención y no directamente con los estudiantes, docentes o padres de familia, con los cuales se realizó la actividad en forma directa, se considera que hay beneficiarios directos e indirectos por cuanto los alumnos y maestros deben ser multiplicadores; aunque en la formulación del proyecto se tiene establecido para el tercer año de intervención la salida de la



institución de los equipos del programa, dejando instaladas las guías y materiales que permiten al colegio desarrollar sus proyectos de salud escolar.

Según los lineamientos para la promoción de calidad de vida de la SDS, el ámbito escolar desarrolla acciones propias del PIC en tres escenarios: jardines, escuelas/colegios, e instituciones de educación superior, aclarando que el proyecto aún no se ha desarrollado en instituciones de educación superior (IES) en la localidad.

Para ejecutar los proyectos contemplados en el PIC (incluido el No. 624), el hospital suscribió con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), el contrato interadministrativo 731/2008 de Compraventa de acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas, con un valor inicial de \$4.576.0 millones, que fue adicionado por \$1.128.2 millones y prorrogado hasta el 31 de marzo de 2009, para arrojar una cifra de \$5.764.2 millones.

A partir del 1 de abril de 2009, se suscribió el contrato No. 623 de 2009, por valor de \$5.786.1 millones, hasta el 31/12/2009, en este contrato la Secretaría de Salud, estableció los recursos asignados a cada proyecto de inversión a saber: 623-01 "Salud a su casa- intervenciones en determinantes sociales que inciden en la calidad de vida y salud de las familias en Bogotá", por valor de \$1.218.5 millones y el proyecto No. 624-01 "Salud al colegio- Instituciones educativas promotoras de salud", por valor de \$287.5 millones, entre otros proyectos.

Es de anotar que solo a partir del contrato No. 623 de 2009, se relacionan de manera específica en el clausulado del contrato, los recursos asignados para cada proyecto, sin embargo, en la adición del 28/08/2009, por valor de \$1.456.6 millones, no se determinó el monto exacto para los proyectos 623, 624 y 625 "Vigilancia en Salud Pública".

El hospital y el FFDS suscribieron el contrato No. 26 el 01/02/2010 por \$3.261.4 millones, para ejecutar varios proyectos del PIC, en este contrato se modificó la forma de pago pactada con relación a lo suscrito en los anteriores contratos, donde en la cláusula octava se estableció que: "El FONDO, pagará a LA ESE los servicios prestados de la siguiente manera: 1) Un pago del 40%, a la presentación por parte de la ESE del Plan de Trabajo, ajustado a la duración del contrato...y 2) El 60% restante del valor del contrato, se cancelará en cuatro pagos de la siguiente forma: Un segundo pago correspondiente al 15% del valor del contrato, sobre el cual se aplica una reserva de glosa del 10% sobre el valor de este pago, 2.1) Un tercer pago correspondiente al 15% del valor del contrato sobre el cual se aplica una reserva de glosa del 10% sobre el valor de este pago, 2.2.) Un cuarto pago correspondiente al 15% del valor del contrato sobre el cual se aplica una reserva de glosa del 10% sobre el valor de este pago, 2.3) Un quinto pago correspondiente al 15% del valor del contrato sobre el cual se aplica una reserva de glosa del 10%. sobre el valor de este pago. PARAGRAFO PRIMERO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes



a la presentación y aprobación de la factura una vez se cuente con el respectivo PAC. PARAGRAFO SEGUNDO: Los anteriores pagos están sujetos a la presentación de la factura y a la certificación de pago expedida por la firma interventora...”, el cambio que se surtió expresa que a partir de la suscripción del contrato No. 26 de 2010, la ESE no estará obligada a presentar la facturación mensual al FFDS, para acceder al pago del anticipo por los servicios prestados, las cuales se amortizarán en las cuentas de cobro pactadas en el mismo.

Los términos planteados en el contrato establecen que el FFDS efectuará un anticipo del 40% (\$1.304.5 millones), del valor pactado con la presentación del plan de trabajo por parte de la ESE y el 60% restante se cancelará en cuatro pagos del 15%, sobre el cual se aplicará una reserva de glosa del 10%, lo que significa que para el 60% (\$1.956.9 millones), se aplicará lo consignado en los párrafos primero y segundo, así: “los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación y aprobación de la factura una vez se cuente con el respectivo PAC”. Es de anotar que las cuentas presentadas por la ESE al FFDS, no han sido auditadas porque la SDS no ha contratado dichos servicios en la vigencia 2010, según información del área de salud pública.

Ingresaron al hospital \$1.744.9 millones, por concepto de anticipo sumado al 15% del primer pago los cuales se realizaron 45 días después de la fecha de suscripción del contrato, situación que puso en riesgo el cumplimiento oportuno de las actividades programadas en el proyecto por la ESE.

Con relación al contrato 026 de 2010, la ESE percibió recursos por \$3.065.7 millones hasta el primer semestre de 2010 y en desarrollo del contrato 623 de 2009, ingresaron \$674.2 millones, para un total de \$3.739.9 millones recaudados por el PIC.

Las glosas en la vigencia 2009, ascendieron a un valor de \$13.2 millones, lo que representa un 0.8 % del valor ejecutado. Algunos de los conceptos por motivo de glosa fueron por movilización de la ruta y en sumatoria por talento humano.

Tabla 15
INVERSIÓN VIGENCIA 2009 PROYECTO SALUD AL COLEGIO
HOSPITAL VISTA HERMOSA

En millones de pesos

CONTRATO No.	VALOR	GLOSAS	TOTAL EJECUTADO
731 / 2008	479.8	2.9	476.9
624 / 2008	1.199.5	10.3	1.189.2
TOTAL	1.679.3	13.2	1.666.1

Fuente: Cuadro Ejecución por proyecto PIC 2009



2.2.2.1. La información presentada por el área de costos sobre el ámbito escolar durante el primer semestre de 2010, permite establecer que el hospital reporta un acumulado \$569.7 millones, de ese valor el 85.4% (\$486.9 millones), corresponde a mano de obra y el 15% restante (\$82.7 millones) a materiales y gastos generales.

Analizada la ejecución financiera del contrato 26 de 2010, presentada por el área de salud pública del proyecto 624, se encontró que el total reportado por la ESE a junio de 2010, fueron \$789.5 millones, cifra que difiere de la registrada por el área de costos \$569.7 millones, presentándose una diferencia de \$219.8 millones, situación que no permite determinar el valor real ejecutado por el proyecto salud al colegio en el primer semestre de 2010.

En la ejecución financiera de costos correspondiente a la vigencia 2009, presentada por el hospital reporta un valor de \$1.284,45 millones, cruzada esta información con la reportada por proyecto PIC el valor ejecutado es de \$1.666,11 millones, presentándose una diferencia de \$381,66 millones originando que la información no se veraz.

Tabla 16
COSTOS PROYECTO SALUD AL COLEGIO
VIGENCIA 2009

CONCEPTO	En millones de pesos	
	GASTOS TOTALES	
BONIFICACIONES		0.92
COMUNICACION INTERNET		0.89
DEPREC. MAQUIN. Y EQUIPO COCIN		1.46
PARAFISCALES		4.00
MANTENIMIENTO Y REPARACION		0.37
MATERIALES Y SUMINISTROS		15.72
OTROS GASTOS		0.01
PRIMA DE ANTIGUEDAD		0.44
PRIMA DE RECREACION		0.27
PRIMA DE SERVICIOS		1.94
PRIMA DE VACACIONES		4.59
PRIMA NAVIDAD		1.36
PRIMA SECRETARIAL		4.84
PRIMA TECNICA		10.91
REMUNERACION HONORARIO		865.41
REMUNERACIÓN SERVICIOS TECNICOS		258.53
SEGUROS Y POLIZAS		0.88
SERVI PUB GAS NATURAL		3.02
SERVI PUBL TELEFONO		0.93



SERVICIO LAVANDERIA	0.86
SUBSIDIO DE ALIMENTACION	4.72
SUELDOS	27.28
TRANSPORTE	72.70
VIGILANCIA Y SEGURIDAD	2.26
TOTAL	1.284.45

Fuente: Oficina de costos del Hospital Vista Hermosa, vigencia 2009

Según el reporte de costos soportado por los estados financieros, el valor de la remuneración por honorarios ascendió a \$869.8 millones, durante la vigencia 2009, cifra que difiere de relación reportada por el área de salud pública sobre el personal contratado, que registró un valor de \$865.4 millones, presentándose una diferencia de \$4.3 millones, así mismo, en el concepto de remuneración servicios técnicos se presenta una diferencia de \$83.3 millones, por cuanto en la relación de costos se registra un valor de \$258.5 millones y salud pública, relaciona un monto de \$175.2 millones.

El área encargada de reportar y certificar la información correspondiente a la contratación del personal para los diferentes ámbitos del PIC, es salud pública, realizadas las pruebas de auditoría se evidenció que los contratistas BRYAN ROLANDO DIAZ MONTAÑO y BELLO FLOREZ MONICA VIVIANA, aparecen relacionados para efectos de los costos, como ejecutores de las actividades en los ámbitos escolar y familiar, sin embargo, analizada la certificación de cumplimiento del contrato e informe de actividades emitida por el interventor y la relación del personal contratado, los profesionales prestaron sus servicios el primero en ambiente y la segunda en el ámbito comunitario.

Por lo anterior se estableció que se presentan inconsistencias entre la información suministrada por el área de salud pública y el consolidado por el centro de costos, por cuanto en algunos casos no se están teniendo en cuenta las novedades del personal contratado, cuando se efectúan traslados de un ámbito a otro, situación que para efectos de cuantificar los costos del personal, ocasiona sobreestimación o subestimación en el consolidado por ámbitos.

En razón a lo anterior se establece que se incumple la Ley 87 artículo 2 literal e), ya que se presentan inconsistencias en los registros de la información.

En la ejecución presupuestal de ingresos de la vigencia 2009, en el rubro presupuestal FFDS – PIC, se reportaron recaudos acumulados por \$10.683.7 millones, como resultado de la ejecución de los contratos 731 de 2008 y 623 de 2009.



En las cuentas de cobro de la vigencia 2009 auditadas por Haggen audit. Ltda., se determinó que los montos de cada proyecto del PIC, estaban plenamente identificados, para efectos de la evaluación, se revisó lo relacionado con el proyecto 624 salud al colegio, que arrojó como resultado un valor certificado y auditado por la firma interventora de \$2.594.0 millones, descontada la reserva de glosa, según los soportes entregados por salud pública.

Los lineamientos de la SDS para la vigencia 2010, plantean en el numeral 6.5. *“El ámbito escolar busca marcar tiempos de permanencia en las instituciones educativas”*, con relación al tema, se determinó que de acuerdo a la ejecución de actividades, el proyecto salud al colegio se encuentra en el segundo año que contempla *“Fortalecimiento de las acciones de promoción que permitan al colegio apropiar los contenidos, comprender su sentido, y saber que hacer para darles tramite, empleando las estrategias de acceso a servicios de salud y bienestar social, así como las herramientas y mecanismos de exigibilidad de derechos”*. Es de resaltar que el ciclo completo para los jardines infantiles y escuelas o colegios, inicia en el primer año y culmina en el tercero.

2.2.2.2. Uno de los objetivos de los lineamientos de la SDS para la vigencia 2010, es *“iniciar el proceso de inserción curricular de temáticas de salud y promoción de calidad de vida, en las mayas curriculares de las IED. Este proceso se realizaría a través de los referentes de los niveles centrales de la SED y de la SDS”*.

La inserción curricular de temáticas de salud y promoción de calidad de vida, en las mayas curriculares de las IED, se inició entregando los módulos y las guías de trabajo a los coordinadores, orientadores y docentes, para que sean socializadas en el aula con los escolares. *“La dificultad para incluir los temas de salud en el PEI, fue en primer lugar que en la adición del contrato en febrero y marzo de 2009, la SDS entregó los lineamientos iniciales de tal manera que se organizó la planeación, pero en abril la SDS envió otros lineamientos, por lo que fue necesario ajustar las acciones programadas inicialmente. Este hecho incidió significativamente en los tiempos de construcción del PEI de los colegios, lo que no permitió articular las actividades del proyecto al PEI en tiempo real. Lo ideal es que los lineamientos se establecieran a más tardar en el mes de diciembre de la vigencia que finaliza, para poder abordar en el mes de enero del siguiente año, las necesidades de los colegios”*, según lo señalado por la coordinadora del proyecto salud al colegio.

Por lo anterior como en los lineamientos de la SDS de la vigencia 2010, está establecido el objetivo de la inserción curricular del proyecto salud al colegio en el PEI de las IED, la auditoría observó el incumplimiento de dicho objetivo, que dificulta el desarrollo de los procesos de salud escolar en las instituciones educativas de manera oportuna, integral, permanente, sostenible y consistente, el cual se diseñó hacia el logro de hacer de la salud escolar un esfuerzo intersectorial con capacidad de convertirse en política pública.



En el objetivo estructurante Ciudad de los derechos que contempla el programa Bogotá Sana, del Plan de Desarrollo del Hospital se estableció la meta *“Incrementar la cobertura en 13 sedes educativas anuales con el programa de Salud al Colegio”*, que se ejecuta a través del ámbito escolar proyecto 624 Salud al Colegio.

2.2.2.3. La meta establecida para el proyecto de Salud al Colegio para la vigencia 2010 era la intervención en trece sedes de las cuales a junio de 2010 dio cumplimiento a ocho (8) con el ingreso de todos los componentes, siendo estas a los IED Sierra Morena sedes c y d con las dos jornadas (mañana y tarde) y CEDID Ciudad Bolívar sedes b y d con las dos jornadas, en trece sedes más se realizó por lo menos una intervención del proyecto SC con lo que se evidencia que la meta No. 17 del Plan de Desarrollo Vigencia 2010, del Hospital Vista Hermosa, no se establece efectivamente.

En cumplimiento de las directrices emanadas de la dirección sectorial de la Contraloría, sobre el análisis a las problemáticas: *“Embarazos en adolescentes: Promoción y prevención, fortalecimiento programas anticoncepción. Talleres de educación sexual”*, estos programas *“asociados a la violencia intrafamiliar”*, a contextualizar desde el proyecto 624, se evaluó lo siguiente:

En primer lugar, se tuvo en cuenta la información reportada por el hospital en SIVICOF, en los documentos electrónicos CBN 1014 Plan de desarrollo, vigencia 2009 y a junio 30 de 2010.

Como un segundo aspecto, los lineamientos de la SDS 2009 y 2010, relacionados con el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC Objetivos y metas del proyecto, lo planeado en el POA y los informes entregados por el área de salud pública relacionados con la ejecución del proyecto 624.

En el documento electrónico de SIVICOF - CBN 1014 Plan de desarrollo, vigencia 2009, el hospital se propuso como meta *“Incrementar la cobertura en 13 sedes educativas anuales con el programa de Salud al Colegio”*, con una programación en el período de *“37 sedes”* y con un resultado de cumplimiento de *“46 colegios entre los que se encuentran distritales y privados. La cobertura en No. de sedes fue de 68”*, de acuerdo a lo registrado en el formato.

Evaluada la información del ámbito, se evidenció que se realizaron las intervenciones del proyecto en 46 colegios, de los cuales 19 cuentan con todos los componentes en ejecución; para los 27 colegios restantes, se ha desarrollado por lo menos una intervención.



El resultado arrojó que la ESE superó la meta programada, no obstante destacar que para los 27 colegios que han recibido por lo menos una intervención, las programaciones futuras deben priorizar la ejecución de todos los componentes propios del ámbito y mantener las intervenciones realizadas en los 19 colegios.

Frente a la meta planteada en el plan de desarrollo y POA del hospital, relacionada con el componente salud sexual y reproductiva (SSR), desarrollada por el proyecto 624, se planteó el objetivo operativo: *“Aportar a la disminución de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años incrementando en un 20% el uso de métodos de planificación familiar”*

Desde el proyecto salud al colegio, se realizaron intervenciones relacionadas con SSR en 24 sedes, pertenecientes a los territorios 2 y 3. De la información suministrada por el ámbito, se observó que aunque están las evidencias de las intervenciones realizadas en actas y el número de participantes, la forma en que se maneja la información, no permite establecer con facilidad un informe consolidado sobre el número de estudiantes abordados y las edades respectivas, dificultando la oportuna y efectiva gestión de la información, que permita la retroalimentación del área y los sistemas de información.

De otra parte no se logró establecer el cumplimiento de la meta planteada por la SDS *“Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años”*, porque la medición de la misma, tomando como referente únicamente el número de sedes, no es suficiente para saber con certeza, el número de estudiantes y las edades intervenidas.

De lo expuesto se establece que no se está cumpliendo estrictamente con lo señalado en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literales b), d) y e).

Otra de las actividades propuestas en el POA fue: *“Seguimiento de casos de gestación, posparto y lactantes adolescentes”*, cuya meta a la letra dice: *“Según meta asignada por la Secretaría Distrital de Salud”*, pero revisando los lineamientos de la SDS, específicamente no está planteada la meta, no obstante, revisada la información suministrada por el ámbito, se pudo evidenciar que se cumplió con lo programado a saber: En promedio se realizaron 50 seguimientos en adolescentes, gestantes y 25 posparto escolarizadas, en total son 75 que representan el 62,5 % de la meta asignada (con las lactantes).

En el documento electrónico de SIVICOF - CBN 1014 Plan de desarrollo primer semestre de 2010, el hospital se propuso como meta *“Incrementar la cobertura en 13 sedes educativas anuales con el programa de Salud al Colegio”*, con una programación en el período de *“50 sedes”* y con un resultado de cumplimiento de *“19 Colegios.- 39 sedes.”*



Teniendo en cuenta el lineamiento de la SDS, la mayoría de los colegios intervenidos en este año se encuentran en fase de consolidación, lo cual significa que cuentan con todos los componentes de la estrategia. Para ampliar la cobertura se da respuesta a otras instituciones que lo requieran con el ingreso de por lo menos 1 componente proyectando para el 2011 el ingreso de nuevas sedes”.

Teniendo en cuenta que la ejecución de la meta de 50 sedes, es para cumplirla durante toda la vigencia 2010, se observó que hasta el primer semestre, se cumplió con los 19 colegios – 39 sedes intervenidas, con todos los componentes del proyecto ejecutados.

Frente a la meta planteada en el plan de desarrollo y POA del hospital, relacionada con el componente salud sexual y reproductiva (SSR), desarrollada por el proyecto 624, se planteó el objetivo operativo: *“Aportar a la disminución de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años incrementando en un 20% el uso de métodos de planificación familiar”.*

Desde el proyecto salud al colegio, se realizaron intervenciones relacionadas con SSR en 24 sedes, pertenecientes a los territorios 2 y 3. Al igual que en el 2009, se evidenciaron en el 2010, debilidades en el manejo de la información.

En el POA 2010 Componente del 1: INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMOTORAS DE SALUD del AMBITO ESCOLAR, se programó la actividad: *“Generación e implementación de acciones formativas de promoción, prevención y atención de las violencias (abuso y explotación sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar y conducta suicida), con énfasis en reconocimiento de mecanismos de notifica”.*, con la meta *“Contratadas: 36”* y *“METAS EJECUTADAS ACUMULADAS DEL CONTRATO DE ENERO A JUNIO 2.010: 36”*, con un *“% de cumplimiento del contrato: 62%”*

De la evaluación efectuada se evidenció que el componente *“Colegios Protectores y activos ante las violencias (Movilización de rutas de violencia)”* se desarrolló en las 36 sedes propuestas, dando cumplimiento a la meta establecida en el primer semestre, no obstante observar que no se pudo establecer el total de estudiantes intervenidos, por las falencias en la información enunciadas anteriormente.

En los jardines infantiles para el período auditado de la vigencia 2010, según la información entregada a la Contraloría por la coordinación del PIC, el hospital no contrató la intervención *“Estrategia campos conversacionales para la promoción de la salud mental y Educación para la Sexualidad con énfasis en prevención del abuso sexual”*, que hace parte del componente de salud mental en el programa SAC, no obstante, esta intervención está incluida en el numeral 10. COSTEO, como lineamiento de la SDS, lo que significa que aunque está planteada la estrategia, no se programaron metas, ni recursos económicos.



La intervención desarrollada fue *“Promoción del buen trato”*, con el producto *“Actores del jardín construyendo prácticas y relaciones colaborativas y solidarias que promueven la salud mental”*. Las intervenciones del proyecto se realizan en once jardines infantiles, 8 pertenecen a la Secretaría de Integración Social y 3 del ICBF.

Es importante resaltar que en los lineamientos establecidos por la SDS en las vigencia 2009 y 2010, se proponen como metas estructurales: *“Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)”* y *“Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años”*, por lo que es pertinente que las mediciones a implementar frente a las metas programadas por la ESE, sean efectivamente medibles frente al número de estudiantes intervenidos y las edades abordadas, en las sedes de las instituciones educativas programadas.

En lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) , en la vigencia de 2009 se realizaron las intervenciones colectivas y de acuerdo a los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud, el grupo se conformo por un psicólogo una trabajadora social y un ingeniero ambiental, dando cumplimiento a todos los parámetros establecidos como son: reuniones de planeación, reuniones con docentes, coordinadores, orientadores y rectores etc, igualmente se cumplieron las intervenciones con los estudiantes y padres de familia soportado en las actas puestas a disposición.

El grupo al cual estaba enfocada la intervención por lo regular eran los miembros del Consejo Escolar, o a los alumnos que tenían algún tipo de liderazgo sobre los demás compañeros de colegio, en la vigencia 2010 los lineamientos a este respecto cambiaron siendo el grupo foco un curso específico.

Las ayudas comunicaciones que se utilizan son: ROMPE CABEZAS, TANGRAND LETRA T, VIDEO CLIPS, SHOW DE TITERES, ACORDEÓN O ABANICO DE VIRTUDES, CINE FORO, HISTORIAS REFLEXIVAS, TEST DE TENDENCIAS CONDUCTUALES DISC, Se observa plegable a tres caras dobles PLAN DE ESCAPE (Crees que tu novio (a) tiene conductas violentas en la pareja) etc, cada una de ellas tiene sus respectivas fichas técnicas.

La localidad esta dividida en tres territorios, los número 1 y 3 presenta la problemática más sentida en SPA y los colegios Seleccionados como nuestra fueron José Jaime Rojas ubicado en el territorio No. 1 y María Mercedes Carranza ubicado en el territorio No. 3 verificadas los soportes (carpetas para las diferentes actividades realizadas) se evidencia que el Hospital en el proyecto de Salud al Colegio cumple con las intervenciones propuestas.



2.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El equipo de auditoría efectuó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por la administración del Hospital Vista Hermosa con este ente de control y el cual recopila las diferentes observaciones formuladas en las auditorías: Auditoría Especial Vigencia 2009 y segundo semestre de 2010.

De acuerdo con el Resultado del proceso auditor se establece que el hospital adelantó el 100% de las acciones previstas para eliminar las causas de 28 acciones de mejora formuladas con un alcance favorable que permiten su cierre, y la continuidad de 9, por cuanto la entidad aún cuenta con términos para su cumplimiento

Efectuado el seguimiento al formato electrónico 3401 CB-Informe: 8 GESTION 0402: PLAN DE MEJORAMIENTO, se presentaron las siguientes Observaciones:

1.- Para todos los hallazgos en la columna “origen”, aunque se cita la modalidad del informe de auditoría, no se establece la vigencia del período auditado “AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR”

En conclusión se cerraron 28 Acciones de Mejora del Plan de Mejoramiento, correspondiente a las diferentes observaciones comunicadas por la Contraloría de Bogotá en las auditorías citadas y se encuentran en ejecución las siguientes 3.2.1, 3.2.5, 3.2.10, 3.2.11, 3.3.2, 3.3.4, 3.6.1.1, 3.7.2 y 3.7.3

Aplicada la metodología establecida en la Resolución Reglamentaria 014 de 2010 para la evaluación y calificación de los planes de mejoramiento suscritos, se estableció que la entidad obtuvo calificación promedio de 1.85 en el nivel de cumplimiento y efectividad de las acciones desplegadas, lo que equivale a un 92.5% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento vigentes a 31 de junio de 2010.

3. ACCIONES CIUDADANAS

Con el objeto de que la ciudadanía se vincule al control fiscal, el día 20 de octubre se socializo a la comunidad por parte de la Dirección de Salud e Integración Social, el desarrollo de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, vigencia 2009 y primer semestre del 2010 a los proyectos de Salud a su Casa y Salud al Colegio.



Se verificó la información suministrada por la entidad a la Contraloría, a través del aplicativo Sivicof mediante el Formato Electrónico CB-405 relación de peticiones, quejas y reclamos por topología con corte a 31 de diciembre de 2009 y 31 de junio de 2010, encontrando un consolidado total, por lo que no es posible identificar los relacionados con los programas evaluados. Se solicitó a la Entidad una relación de los PQR de los proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio.

Para la recepción de las quejas, reclamos o solicitudes, el hospital tiene disponibles los siguientes medios:

Buzón: Este medio se encuentra disponible en cada centro de atención, hay un formato establecido para que los usuarios lo diligencien y coloquen las inquietudes que tengan, la apertura se realiza dos veces al mes, cada quince (15) días, por el coordinador o delegado del centro, un representante de la Asociación de usuarios y la comunidad que se encuentre en la sala en el momento de la apertura, se evidenciaron las actas de apertura de buzón.

Telefónicamente: por la línea directa No. 7182084, tiene correo disponible las 24 horas, hay un responsable que el día siguiente las escucha y las pasa a los formatos correspondientes.

Página Web del Hospital: esta el link de quejas y reclamos, los usuarios pueden colocar sus inquietudes, la Oficina de Atención al Usuario verifica diariamente y realiza el seguimiento correspondiente.

SQS: El Hospital mediante la Oficina de Atención al Usuario puede acceder diariamente a la página Web de la Alcaldía, tienen contraseña y usuario para el acceso.

Oficina de Correspondencia: La radica el usuario en la oficina de correspondencia del hospital, quien la envía a la Oficina de Atención al Usuario para que se de el trámite y seguimiento respectivo.

Atención personalizada: Los usuarios se dirigen directamente a la Oficina de atención al Usuario, quien recepciona la queja y le hace el seguimiento respectivo.

En la información suministrada por la entidad, y de acuerdo a la revisión física llevada a cabo a las quejas, reclamos, solicitudes y derechos de petición, que reposan en la Oficina de Atención al Usuario, se evidenciaron para la vigencia 2009 un total de 3 peticiones de carácter particular para el programa de Salud a su Casa y para el 2010 cinco peticiones de carácter particular y una queja relacionada con la mala atención de los servidores, para un total de ocho (8) quejas y solicitudes, las cuales fueron atendidas por la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social dentro de los términos establecidos por la Ley.



4. ANEXOS



ANEXO 4.1 CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION
ADMINISTRATIVOS	3	NA	2.2.2.1. 2.2.2.2. 2.2.2.3.
FISCALES	0	NA	0
DISCIPLINARIOS	0	NA	0
PENALES	0	NA	0

4.2. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.1	Los Manuales de Procedimiento se encuentran en proceso de actualización, debido a la nueva estructura por procesos, a la aparición de nuevos procedimientos (Intervenciones en salud pública, vigilancia en salud, ámbito laboral), a nueva normatividad, de no ajustarse oportunamente se corren riesgos de orden operativo, de gestión, de cumplimiento, de protocolos, entre otros. Lo anterior incumple los literales f y g del artículo 2° de la Ley 87 de 1993	Culminar la actualización de los manuales de procesos y procedimientos del hospital.	Numero de procesos actualizados/ Total de procesos del hospital	Actualizar los 41 procesos del Hospital	Asesoría de planeación y Sistemas Subgerencia Servicios de Salud Subgerencia Administrativa y Financiera Coordinación de Salud Pública Lidres de Procesos	Jose Dario Tellez Asesor de Planeación y Sistemas William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jose Manuel Rodriguez Subgerente Servicios de Salud	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	una vez hecho el seguimiento, se observa que el Manual se encuentra en ejecución, faltando las dependencias de Direccionamiento Estratégico, Comunicación Institucional, gestión de Tecnología Biomedica, Rendición de Gestión, Prestación de los servicios de Salud, y Mantenimiento de la Infraestructura. Su plazo de ejecución vence el 31 de Diciembre de 2010.	1.5E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.2.	Los Riesgos relacionados con las instalaciones físicas, no están actualizados, debido a que al cambiar de sede administrativa algunos desaparecieron y surgieron otros, lo que dificulta establecer acciones preventivas eficaces para evitarlos, reducirlos, dispersarlos, transferirlos o finalmente asumirlos. Lo anterior incumple el literal f del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.	Identificar los posibles riesgos de instalaciones físicas, contemplando los de la nueva sede administrativa.	Total riesgos identificados para las instalaciones físicas/Total riesgos posibles de que se presenten en las instalaciones físicas. *100	Identificar los posibles riesgos que se presenten en las instalaciones físicas en el año 2010	Recursos Fisicos	Fabio Quintero Profesional Recursos Fisicos	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/06/30	Se evidencio en medio físico, el diagnóstico de las condiciones de trabajo – programa de factores de riesgo , para la nueva sede en la cual predomina el de Mediciones de ruido, para las áreas de consultorios de consulta externa, vacunación, optometría y coordinación de laboratorio, odontología, caja, farmacia, facturación citas prioritarias.El hospital dio cumplimiento a la acción correctiva dentro del periodo establecido en el plan de mejoramiento: del 31 de enero al 30 de junio de 2010.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA	3.2.3.	3.2.3. De acuerdo a la visita adelantada por parte del equipo auditor el 11 de noviembre de 2009 a la sede UPA CASA TEJA se observó en las bolsas de residuos ordinarios que se están depositando cajas de medicamentos utilizados en el	Capacitar a los funcionarios de servicios generales, asistencial, gestor ambiental de cada centro y coordinadores de centros de atención.	No. De funcionarios capacitados sobre manejo de material reciclable generado por la utilización de	Se haga la destrucción de empaques de medicamentos para su	Subgerencia de Servicios de Salud Gestión Ambiental	Jose Manuel Rodriguez Subgerente de Servicios de Salud Jonathan Gutierrez Ingeniero	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/12/31	El hospital realizo capacitaciones al personal asistencial y de servicios generales respecto a la gestión de residuos sólidos, para lo cual puso a disposición las correspondientes actas y los listados de asistencia del personal de los diferentes centros de	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
DISTRITAL		centro asistencial sin la destrucción previa, debido a que el personal asistencial presenta debilidades en la aplicación y cumplimiento de los temas socializados en las capacitaciones relativas al manejo integral de residuos hospitalarios y que se cuenta con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios de la vigencia 2006. De lo anterior se observa debilidades en el seguimiento por parte de la coordinadora del centro asistencial, y por los responsables en la implementación de la Gestión Integral de residuos Hospitalarios del Hospital Vista Hermosa según consta en registro fotográfico por parte de esta auditoría. Transgrediendo la Resolución 1164 de 2002 Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de residuos hospitalarios y el artículo 2 Objetivos del sistema de	en el manejo interno del material reciclable que se genera por la utilización de medicamentos. Verificar que los funcionarios realicen la destrucción de los empaques de medicamentos .	medicamentos/ Total funcionarios que manejan material reciclable generado por la utilización de medicamentos	posterior reciclaje.		Ambiental				atención, el hospital debe hacer seguimiento continuo, en aras de que se de estricto cumplimiento al manejo interno del material reciclable que se genera por la utilización de medicamentos.	
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.4	3.2.4 En los Planes Operativos Anuales (POAS) se encuentran definidos una serie de indicadores para todas las áreas del Hospital, sin embargo se formulan unos que no son coherentes con las actividades, o sencillamente no apuntan a mostrar resultados de eficiencia, eficacia, economía y valoración de costos ambientales, entre otros que son básicos para medir la gestión, debido a la carencia de una estrategia de definición de los mas esenciales, lo que origina desgaste administrativo y no se puedan mostrar resultados claros y concisos. Lo anterior incumple con el literal j del artículo 4° de la Ley 87 de 1993.	Adoptar el 100 % de los documentos requeridos por los entes de control para ejercer una correcta gestión ambiental y definir los indicadores que apunten a mostrar resultados de eficiencia, eficacia, economía y valoración de costos ambientales.	No. De documentos adoptados por el hospital para la gestión ambiental / No. De documentos exigidos por los entes de control en lo referente a gestión ambiental.	Tener adoptados todos los documentos que permitan la implementación de la gestión ambiental.	Asesoría de planeación y Sistemas Subgerencia de Servicios de Salud Gestión Ambiental	Jose Dario Tellez Asesor de Planeación y Sistemas William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jose Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud Jonathan Gutierrez Ingeniero Ambiental	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/12/31	La administración puso a disposición los documentos que requiere la Contraloría Distrital para el ejercicio del control de la gestión ambiental, entre ellos los procedimientos para la identificación de aspectos e impactos ambientales PIGA :Plan de Acción 2009 y 2010, Plan Operativo 2009 y 2010, evidenciando los indicadores de acuerdo a cada uno de los procesos.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.5	3.2.5 Se utilizan formatos en el Sistema de Gestión de la Calidad que no han sido debidamente unificados, estandarizados, revisados o aprobados tales como Actas, presentación de informes, guías de control de documentos externos e internos, protocolos, registros de las áreas misionales, entre otros, debido a que no se ha desarrollado eficientemente el proceso de Gestión documental, lo cual genera no conformidades de acuerdo a la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000-2004, incumpliendo el literal h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.	Estandarizar el listado maestro de documentos del Hospital.	Numero de documentos y registros estandarizados/ total de documentos y registros incluidos en el listado maestro de documentos del hospital	Estandarizar el listado maestro de documentos en los 41 procesos	Asesoría Planeación y Sistemas. Coordinador de Gestión Documental. Coordinador de Sistemas	Jose Dario Tellez Asesor planeación y sistemas Hector Rivera Gestión documental Humberto Bocanegra Coordinador de Sistemas	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	Se continua en la estandarización del listado Maestro encontrándose en ejecución este ítem. Para su conclusión se cuenta hasta el 31 de Diciembre de 2110	1.5E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.6	3.2.6 No existen adecuados mecanismos de retroalimentación que permitan verificar la efectividad de las acciones propuestas que aseguren la corrección de la observación en los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos, debido a la que algunas observaciones u hallazgos persisten, lo que no permite la mejora continua en forma oportuna y eficaz, incumpliendo el literal g del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.	Implementar mecanismos que permitan la retroalimentación de las acciones correctivas, evitando la persistencia de las acciones de mejoramiento.	Acciones con seguimiento que se corrigieron / acciones formuladas para el mejoramiento	Realizar seguimiento mensual a los planes de mejoramiento formulados.	Asesoría de Gestión pública y autocontrol Subgerencia Servicios de Salud Subgerencia Administrativa y Financiera Comités asesores de la Gerencia	Nohora Velasquez Salamanca Asesor Gestión Pública y Autocontrol Jose Manuel Rodriguez Subgerente de Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Responsables de cada comité	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	Se evidenciaron las actas de socialización relacionadas con el seguimiento a las acciones correctivas propuestas en el plan de mejoramiento de gestión ambiental (2 actas), Socialización diligenciamiento adecuado de historia clínica materna, socialización auditoría de la calidad al proceso de historias, auditoría de calidad obstetricia, auditoría de la calidad atención obstetricia (7 actas), socialización de guías maternas, atención materna, seguimiento habilitación, seguimiento PIGA, salud total, socialización guías maternas, acta de seguimiento al plan de mejoramiento institucional según hallazgos de la Contraloría Distrital, haciendo énfasis en lo relacionado con gestión ambiental.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.7	3.2.7 No existen Planes de Mejoramiento Individuales, debido a que la gran mayoría de funcionarios están vinculados a través de Contratos de Prestación de Servicios, lo que no permite conocer con exactitud si los objetivos individuales conducen al cumplimiento de los objetivos institucionales, incumpliendo el literal c del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.	Elaborar planes de mejoramiento individuales a partir de las auditorias realizadas en los procesos tanto administrativos como asistenciales.	Numero de planes de mejoramiento formulados/Numero de auditorias donde se identificaron acciones de mejora que deban ser ejecutadas por funcionarios y contratistas*100	Cien por ciento de planes de mejoramiento formulados a partir de las auditorias donde se identifique acciones de mejora que deban ser ejecutadas por funcionarios y contratistas.	Subgerencia Servicios de Salud Subgerencia Administrativa y Financiera Coordinación Salud Pública Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol	Jose Manuel Rodriguez Subgerente de Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jacquelin Campos Baquero Coordinadora Salud Pública Nohora Velasquez Salamanca Asesora Gestión Pública y Autocontrol	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	La Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol ha sensibilizado a los funcionarios del Hospital sobre la necesidad de crear planes de mejoramiento individuales, debido a que cada uno es responsable de su proceso y solo de él dependerán las acciones de mejora para el fortalecimiento de los procesos y cumplimiento de los objetivos institucionales. Existen planes de mejoramiento individuales de los profesionales de la salud y del área administrativa los cuales fueron generados posteriores a las auditorias de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Adicional a estos planes de mejoramiento se han presentado los del sistema unico de habilitación en cada uno de sus estandares.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.8	3.2.8 El Manual de Calidad no contiene los numerales 8.2.4. (Seguimiento y medición del servicio); 8.3. (Control del servicio no conforme); 8.5.1. (Mejora continua); 8.5.2. (Acción correctiva); 8.5.3. (Acción Preventiva), debido a desconocimiento de la norma técnica de calidad, lo que conduce a al no cumplimiento y consecución de la mejora continua en los procesos, incumpliendo el numeral 4.2.2 literal a de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCP 1000:2004.	Actualizar el manual de calidad de acuerdo a los establecido en la NTCCP 1000:2009 y el SOCGS.	Manual de calidad actualizado.	Actualizar el manual de calidad.	Asesoría de Planeación y Sistemas Grupo SIG-AGA	Jose Dario Tellez Asesor planeación y sistemas Johana Rodriguez SIG-AGA	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/06/30	Este numeral se cierra, por cuanto se encuentra concluido	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.9	3.2.9 El Manual de Calidad no se encuentra actualizado, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006, el cual establecen los nuevos estándares del Sistema Obligatorio de la Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social (SOGCS), debido a que la implementación del sistema se encuentra en su etapa inicial, lo cual origina dificultades para la consecución de la habilitación y acreditación, incumpliendo el numeral 4.2.2., de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.	Actualizar el manual de calidad de acuerdo a los establecido en la NTCGP 1000:2009 y el SOGCS.	Manual de calidad actualizado.	Actualizar el manual de calidad.	Asesoría de Planeación y Sistemas Grupo SIG-AGA	Jose Darío Tellez Asesor planeación y sistemas Johana Rodríguez SIG-AGA	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/06/30	Se cierra por cuanto se encuentra concluido	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.10	3.2.10 Se utilizan documentos obsoletos los cuales se aplican y se encuentran disponibles en los puntos de uso (MACROPOA), debido a la falta de procedimientos sobre documentos obsoletos del SGC, lo que origina que se utilicen versiones no actualizadas y se cometan errores, incumpliendo el numeral 4.2.3., literales d y g (Control de Documentos), de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.	Estandarizar los procedimientos de control de documentos y control de registros, en cumplimiento al numeral 4 de la NTCGP 1000:2004	Procedimientos de control de documentos y registros estandarizados/ Total de procedimientos de control de documentos y registros	100% de procedimientos de control de documentos y registros estandarizados	Asesoría de Planeación y Sistemas Coordinación de Gestión Documental	Jose Darío Tellez Asesor planeación y sistemas Hector Rivera Gestión Documental	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	Se encuentra en Ejecucion, se califica con 1.5 y vence el 31 de 12 de 2010	1.5E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.11	3.2.11 Algunos documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), (Formatos, Tablas de Retención Documental, Planillas, entre otros) no han sido aprobados, unificados o estandarizados o no se encuentran en uso, debido a la falta de implementación de procedimientos de Gestión Documental, lo que permita que no se estandaricen los documentos y registros, incumpliendo el numeral 4.2.3., de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.	Estandarizar los procedimientos de control de documentos y control de registros, en cumplimiento al numeral 4 de la NTCGP 1000:2004	Procedimientos de control de documentos y registros estandarizados/ Total de procedimientos de control de documentos y registros	100% de procedimientos de control de documentos y registros estandarizados	Asesoría de Planeación y Sistemas Coordinación de Gestión Documental	José Darío Téllez Asesor planeación y sistemas Héctor Rivera Gestión Documental	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	Se encuentra en ejecución y vencel 31-12-2010	1.5E

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.1	3.3.1. El saldo total de cartera a 31 de diciembre de 2008 ascendió a \$8.546.5 millones: Este valor incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad superior a 360 días por valor de \$3.920.6 millones que equivale al 45.87% del total de la misma, mostrando un recaudo no oportuno de cartera.	Actualizar la resolución 029 de 2008 sobre manejo de cartera de acuerdo a la carta circular 001 de la Secretaría de Hacienda Distrital, de 20 de Octubre de 2009. Elaborar conciliaciones trimestrales con cada pagador y hacer seguimiento de los resultados de las actas afín de mejorar la oportunidad en el recaudo de cartera.	Tiempo de actualización de Resolución de cartera/Resolución de cartera actualizada a marzo de 2010 Conciliaciones realizadas trimestralmente con los pagadores / total de pagadores por conciliar trimestralmente* 100	Actualizar la resolución de cartera a Marzo de 2010 Realizar conciliaciones trimestralmente con los diferentes pagadores	Cartera	Profesional de cartera Amanda Castaño Zamora	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/01/31	De acuerdo a la acción correctiva propuesta por el hospital en el plan de mejoramiento, se evidenciaron las actas de conciliación realizadas por el hospital con las empresas que tienen cartera pendiente, relación detallada en el correspondiente papel de trabajo, de acuerdo con los soportes suministrados por la administración del hospital.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.2	3.3.2. Las subcuentas Servicios de salud a particulares y Cuota de recuperación de oxígeno, presentaron con corte a 31 de diciembre de 2008 saldos de \$296.3 millones y \$37.0 millones respectivamente. Estos derechos se encuentran respaldados por letras y pagarés.	Realizar inventarios físicos de los títulos valores. Realizar conciliación de saldos por títulos valores entre tesorería, contabilidad y cartera. Realizar la gestión administrativa para la depuración de los títulos valores.	Inventario títulos valores realizados/Inventario de títulos valores a realizar. Títulos valores conciliados / Títulos valores a conciliar *100	Realizar inventario físico de títulos valores a 31 de Diciembre de 2010 conciliar los títulos valores	Cartera Tesorería Contabilidad	Profesional de cartera Amanda Castaño Zamora Profesional de Tesorería Diego Ríos Guaque Profesional de Contabilidad Mauricio Arévalo	Un funcionario de tiempo completo de dedicación exclusiva para realizar el inventario de los títulos valores	2010/01/31	2010/12/31	Se encuentra en ejecución, se califica con 1.5 y vence el 31 de 12 de 2010	1.5E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.3.	3.3.3. Los bienes inmuebles no fueron objeto de valoración técnica que permitiera acopiar la información y documentación suficiente y pertinente sobre su valor actual, incumpliendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 2.9.1.1.5, literal 166 y la Circular Externa 060 de 2005 de la Contaduría General de la Nación.	Realizar los registros contables producto del informe entregado por la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital.	Total bienes inmuebles avaluados/Total bienes inmuebles sujetos a avalúos*100	Registrar la información de valoración de predios en los estados financieros	Contabilidad	Mauricio Arévalo Profesional de Contabilidad	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2009/12/31	2009/12/31	Verificada la información suministrada por el Hospital se observa que por medio del oficio No. 7110 -158 de octubre 15 de 2009, se realiza la solicitud de avalúo comercial el resultado del mismo es el No. 2009 - 2594, se verifico el ajuste de acuerdo al comprobante AA - 011 delm 31-12-2009	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.4.	3.3.4. La entidad presenta registrados en la subcuenta 164027 Edificaciones pendientes de legalizar doce (12) bienes inmuebles recibidos en comodato por valor de \$845.3 millones y corresponden a las UPAS San Francisco, El Limonar, Candelaria la Nueva, Sierra Morena, Casa de Teja, Potosí, Ismael Perdomo, Jerusalén, UBAS Mochuelo, Paraíso, San Isidro y el CAMI Manuela Beltrán. El Hospital no cuenta con los respectivos contratos de comodato y estos bienes corresponden a la cuenta 934619 Bienes Recibidos de terceros – Propiedades, planta y equipo.	Realizar la gestión administrativa ante el DADEP, para obtener la suscripción de los diferentes convenios interadministrativos en calidad de comodato	Convenios interadministrativos entregados por el DADEP/Convenios interadministrativos a suscribir con el DADEP*100	Realizar gestión administrativa ante el DADEP para obtener los convenios interadministrativos.	Subgerencia Administrativa y Financiera	William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2012/12/31	La ESE radicó al equipo auditor de la Contraloría adscrito al hospital, el oficio INFORME OBSERVACIONES PLAN DE MEJORAMIENTO, el 24/11/2010, en el que presentan el "informe sobre las acciones realizadas a treinta de junio de 2010, y plan de trabajo semestral para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Distrital en el capítulo 3.3.4." Los soportes radicados se relacionan al hallazgo 3.3.4., del INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA AUDITADA 2008 - PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL 2009 CICLO III. Por lo anterior la ESE debe legalizar la programación referida en el citado informe, en la dirección sectorial de la Contraloría de Bogotá, conforme a lo establecido en la Resolución 014 de 2010, en lo relacionado con la vigencia de la acción y la justificación de la misma. Con base en los documentos entregados se evidenció la información de los convenios interadministrativos de comodato de las UPAS Ismael Perdomo, San Francisco, Casa de Teja, el Limonar y el CAMI Manuela Beltrán, por lo tanto la acción se encuentra en ejecución.	0,7 E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.5	3.3.5. La subcuenta Propiedad planta y equipo en depuración presentó a 31 de diciembre un saldo de \$124.3 millones, partida que corresponde a registros contables sin documentación ni existencias, como consta en la Resolución de Gerencia 230 de 30 de diciembre de 2005, por la cual se aprueba la depuración de los valores contables relacionados en las fichas de saneamiento contable No 016, 017, 018, 019 y 020 de Propiedad, planta y equipo – bienes devolutivos.	Depurar esta cuenta para que se presente razonablemente en los estados financieros a 31 de Diciembre de 2009.	valor depurado de cuenta propiedad planta y equipo/Valor total de propiedad planta y equipo a depurar *100	Depurar cuenta a 31 de diciembre de 2009	Contabilidad	Mauricio Arévalo Profesional de Contabilidad	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2009/12/31	2009/12/31	Se verifico la Resolución No. 372 del 18 de diciembre de 2009 y el registro del comprobante de ajuste AA 03 del 31/12/2009	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.3.6	3.3.6. La cuenta por pagar- Adquisición de bienes y servicios presentó a 31 de diciembre de 2008 un saldo de \$549.9 millones mostrando una disminución de \$319.4 millones, equivalente al 37% con relación al saldo presentado por el mismo concepto a 31 de diciembre de 2007 por valor de \$869.3 millones.	Elaboración de acto administrativo para descargar de los estados financieros el valor de \$47.5 millones de cuentas no cobradas por los beneficiarios.	Partidas depuradas superiores a 180 días en cuentas por pagar/Total partidas superiores a 180 días de cuentas por pagar *100	Descargar del estado financiero \$47.5 millones de cuentas por pagar superiores a 180 días	Contabilidad	Mauricio Arévalo Profesional de Contabilidad	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2009/12/31	2009/12/31	Se realizó el ajuste por \$47.5 millones Se cierra	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.1	3.5.1. En la Cláusula QUINTA.- PLAZO DE EJECUCION. El plazo estuvo determinado hasta AGOTAR PRESUPUESTO, es decir, no se fijó fecha exacta de ejecución del contrato; por consiguiente el cubrimiento de las vigencias de los amparos de CUMPLIMIENTO Y CALIDAD, quedaron inciertos en razón a que en la cláusula Séptima estipularon para cada uno de estos amparos que las vigencias serían por el término de duración del contrato y cuatro (4) meses más, cómo se estableció el cubrimiento de las vigencias para cada uno de los riesgos amparados. No obstante la póliza No. 17-44-101006813 y su prórroga del 13/02/2008 de Seguros del Estado a folios 32 y 43 de la carpeta original del Contrato fueron aprobadas por el Hospital según sello que da cuenta de ello, con fechas 23/01/2008 y 20/02/2008 respectivamente. Hecho que ocasiona riesgos en la vigencia de los amparos e inobservancia al principio de responsabilidad Acuerdo 11 de 2004, en lo concerniente a la obligación de vigilar la correcta ejecución del objeto y a p	El plazo de ejecución de los contratos se determinaran por tiempo o fecha de terminación de los mismos.	Contratos elaborados con plazo de ejecución por tiempo / Total de contratos elaborados	Que todos los contratos se elaboren con fecha o tiempo de duración cierto.	Contratación	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de Contratación	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	Se tomo una muestra de veinticinco contratos mensuales escogidos aleatoriamente, donde se hizo la verificación de clausula correspondiente al Plazo de Ejecución y en esta se determina que van desde la fecha del oficio de ejecución a la fecha específica de terminación de los mismos, es decir que se dio cumplimiento corrigiendo la observación aludida.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.2	3.5.2. El objeto del contrato - cláusula Primera- consistió en el suministro de medicamentos ambulatorios POS, según requerimiento efectuado por el Hospital Vista Hermosa I Nivel, de acuerdo a la propuesta que forma parte integrante del contrato. No obstante, en el clausulado del contrato, no quedó expresamente determinado cual era la propuesta económica de suministro de medicamentos que regiría el contrato No 681/2008, observando deficiencia en la elaboración de estudios de conveniencia y justificación de necesidades, incumplimiento a los principios de responsabilidad y eficacia previstos en el Manual de Contratación Acuerdo 11 del 27/10/2004 del Hospital, generando riesgos en los precios de los medicamentos de conformidad al mercado, y por consiguiente en la ejecución y valor del contrato.	Todas las propuestas que se presenten al hospital por parte de los proveedores deben contener la propuesta económica.	Proveedores que presentaron propuesta económica/Propuestas recibidas de proveedores que contengan la propuesta económica.*100	Que el 100% todas las propuestas de los proveedores contengan la propuesta económica.	Contratación Recursos Físicos Subgerencia administrativa y financiera	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de Contratación Fabio Quintero Profesional de Recursos Físicos William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2009/12/31	El profesional universitario de Contratación, mediante oficio No.515 De fecha 15 de Diciembre de 2009 realizó solicitud de soporte económico de estudio de mercado para los contratos a la Subgerencia de servicios de salud, a la Profesional de salud Pública, a la Subgerencia Administrativa y Financiera y al profesional de recursos Físicos. Con lo anterior se demuestra que se dio cumplimiento a la acción propuesta en esta observación.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.3	3.5.3. La justificación para la adición del contrato se efectuó el 17/12/2008, (folio 131 original del Contrato) posterior a la Adición No. 1 por valor de \$15.000.000, suscrita por las partes el 9/12/2008 (folio 133 original del contrato). El año de suscripción de la adición (2009?) por \$15 millones, no corresponde. Se evidencia que se suscribió primero la adición y posteriormente se justificó. Hecho que transgrede/ lo consignado en el literal f) numeral 21 del Acuerdo No 011 del 27/10/2004 "Manual de Contratación" del Hospital y numeral 7º artículo primero de la Resolución No 036 del 26/03/2004, "Por medio de la cual se designan las funciones a los supervisores de los contratos". Denotándose falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos contractuales y deficiencia en las funciones de los supervisores.	Verificar el diligenciamiento correcto de los documentos soporte de los contratos, revisando que los documentos que estén en orden cronológico para proceder a la elaboración del contrato y/o sus adiciones o modificaciones.	No. Contratos revisados que cumplan e orden cronológico de los soportes / Total contratos elaborados	Revisar el 100% de los contratos para verificar que se encuentran archivados los soportes cronológicamente.	Contratación	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de contratación	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	Se tomo una muestra de veinticinco Contratos mensuales escogidos aleatoriamente, en los cuales se realizo verificación de las fechas de los documentos de solicitud de elaboración de contratos, las cuales se encuentran en orden cronológico y anterior a la fecha de suscripción del contrato o adición.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.4	3.5.4. A folio 140 del original del contrato 1826/2008 se encuentra la adición No 1, de fecha 18/02/2008 por valor \$125.000.000. Esta adición no es la numero 1 corresponde a la numero 2; la adición No.1 que se encuentra a folio 133 del contrato fue suscrita por las partes el 9/12/2009 (2008) por valor de \$15.000.000, existiendo un error de numeración en el documento que conlleva a confusión en las actuaciones y documentos de los contratos. Hecho que indica falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos y deficiencia en las funciones de los supervisores, inobservado lo previsto en el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993	Al realizar una adición al contrato verificar previamente las adiciones realizadas al mismo con el fin de asignar el consecutivo para la siguiente adición.	No. Contratos revisados que cumplan el orden numérico de las adiciones / Total adiciones elaboradas	Revisar el 100% las adiciones que cumplan con el orden numérico.	Contratación	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de contratación	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	Se tomo una muestra de veinticinco contratos mensuales escogidos aleatoriamente, en los cuales se constato que las adiciones conservan un orden consecutivo.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.5	3.5.5. La Cláusula Sexta del contrato SUPERVISION: estipula que será realizada por el Profesional Universitario Recursos Físicos del Hospital quien tendrá las funciones estipuladas en la Resolución No 036/03/2004 y 123 17/08/2004 y el PARÁGRAFO:- establece que el supervisor será responsable por las obligaciones descritas, así como por los hechos y omisiones que le fueren imputables y que causen daño o perjuicio al Hospital.	Se elaborara plan de visitas a centros para la supervisión del contrato de aseo y mantenimiento. El supervisor del contrato de aseo y mantenimiento, se desplazará a todos los centros de atención para verificar el cumplimiento del objeto del contrato y generara informe de supervisión técnica mensualmente, ejerciendo inspección permanente a las actividades de limpieza, desinfección, lavandería, equipos, materiales, productos e insumos exigidos y utilizados en el desarrollo del contrato.	Visitas efectuadas a los centros para la supervisión del contrato/ Numero de Visitas programadas. Informes Técnicos presentados por el supervisor del contrato / Informes técnicos a presentar por el supervisor del contrato	Ejercer supervisión directa por parte del supervisor del contrato de mantenimiento y aseo a las actividades establecidas en el contrato para dicho servicio.	Recursos Físicos	Fabio Quintero Profesional Recursos Físicos	Transporte para desplazarse a los centros.	2009/12/31	2010/01/31	se verifico que existe un Cronograma de visitas a los centros para la supervisión del contrato de aseo y mantenimiento de la cual se anexa copia.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.6	3.5.6. Los términos de referencia de la convocatoria No 6 de 2008 fueron vagos e imprecisos, no determinaron los criterios técnicos de protocolos de limpieza y aseo, desinfección, bioseguridad, de conformidad con la normatividad vigente, Ley 100/1993, Ley 9/1973 Código Sanitario Nacional, Ley 10/1990, Decreto 2676/2000, modificado parcialmente por el Decreto 1669/2002 de los Ministerios del Medio Ambiente y de Salud, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Resolución 1164/2002 y Reglamentaria del Decreto 2676/2000, entre otras.	Establecer un comité mediante el cual se establezcan los requerimientos técnicos para emitir las convocatorias.	Requerimientos técnicos definidos para las convocatorias/Requerimientos técnicos para las convocatorias a definir.	Determinar las especificaciones técnicas para cada convocatoria que requiera el hospital	Gerencia, Recursos Físicos, Subgerencia Administrativa y Financiera.	Fabio Quintero Profesional recursos físicos William Heredia Subgerente Administrativo y financiero José Manuel Rodríguez Subgerente de Servicios de Salud	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/01/31	Mediante Resolución de Gerencia se conforma el grupo de acompañamiento para la evaluación de cada convocatoria. De lo cual se anexa copias.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.7	3.5.7. El contrato fue adjudicado el día 5/03/2008 según acta de Comité de Adquisiciones y Suministros No 005, folios 222 a 228 del original del contrato y a su vez a folio 220 existe comunicación del 6/03/2008 suscrita por el Gerente del Hospital, dirigida a Eléctricos y Ferretería DELTA, donde le informa que la propuesta reúne los requisitos y ha sido seleccionada por el Hospital, por tanto sírvase acercarse a la oficina jurídica con el fin de suscribir el contrato correspondiente. El contrato fue suscrito hasta el 25/03/2008, catorce (14) días calendario posterior a la fecha de adjudicación. Demostrando Inaplicación a lo previsto en el numeral 5.2 SUSCRIPCION DE CONTRATOS, de la invitación pública No 10 de 2008 que fijó tres (3) días calendario siguientes a la fecha de adjudicación para suscribir el contrato.	Revisar la suscripción de los contratos dentro del término consagrado en los pliegos de condiciones	Total de contratos revisados que cumplan los términos establecidos en los pliegos de condiciones/ Total de contratos presentados dentro de los términos establecidos en el pliego de condiciones*100	Suscribir los contratos dentro del término establecido en los pliegos	Contratación Recursos Físicos	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de Contratación Fabio Quintero Profesional de Recursos Físicos	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/03/31	De la muestra de contratos tomados para realizar seguimiento se evidenció que se dio cumplimiento a las fechas establecidas para la suscripción de los contratos.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.8	3.5.8. La póliza No. 1200101 de Liberty Seguros S.A. no fue aprobada, irregularidad demostrada por no tener sello de aprobación en el documento original que obra a folio 238 carpeta original del contrato. Indicando falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos contractuales e incumplimiento al Acuerdo 11/2004, conllevando riesgos, por no efectuarse los controles definidos en la verificación y aprobación de pólizas.	Revisar las pólizas dentro de los términos establecidos y aprobar las que cumplen con los criterios solicitados en el contrato.	Total de pólizas revisadas dentro de los términos establecidos/ Total pólizas recibidas dentro de los términos establecidos*100	Revisar la totalidad de las pólizas para verificar la legalización y perfeccionamiento del contrato	Contratación	Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de Contratación	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	En los contratos verificados se ha evidenciado que son revisadas verificadas y aprobadas las pólizas soporte de los contratos.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.9	3.5.9. Los términos de referencia para el personal del proyecto, no determinó cuántos profesionales y tecnólogos se requerían, tampoco exigió experiencia. Así mismo, la propuesta económica presentó valores por actividades y no registró costos por remuneración al personal que ejecutaría el proyecto. Se observa deficiencia en la elaboración del pliego de condiciones; por consiguiente, quebrantamiento a los principios de responsabilidad y transparencia previstos en el Acuerdo 011 del 27/10/2004, los principios que rigen la contratación con recursos públicos y lo previsto en el Literal b) artículo 2º de la Ley 87/1993.	En los contratos cuyo objeto sean acciones de salud y requieran de más de un profesional se establecerá en forma numérica, el número de profesionales y tecnólogos, así mismo se establecerá la experiencia requerida, incluyendo el costo total de la actividad.	No. De contratos con especificaciones técnicas del personal requerido que incluyan más de un profesional/ Total de contratos Elaborados para acciones y/o actividades en salud que incluyan más de un profesional. *100	100% de contratos con especificación del talento humano requerido.	Subgerencia de Servicios de salud. Coordinador de Salud Pública Subgerencia Administrativa y Financiera	José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jacqueline Campos Baquero Coordinadora Salud Pública	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	En los contratos con los que cuenta el Hospital se establecen el número de personal requerido, así mismo se establece la experiencia necesaria, el valor unitario por prestación del servicio y el costo total.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.10	3.5.10. El contrato terminaba su ejecución el 2/12/2008, de conformidad con la cláusula quinta que estableció seis (6) meses a partir del Acta de Inicio, hecho que se materializó el 3/06/2008 (Folio 458 Carpeta Original contrato No. 2226/08), el mismo día de terminación del contrato, 2/12/2008, presentaron justificación (Folio 459 Carpeta original del contrato) y solicitud de adición para la prórroga del contrato (Folio 462 carpeta original del contrato). Demostrando falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos contractuales: deficiencia en las funciones de los supervisores e incumplimiento a lo estipulado en el literal f) numeral 21 del Manual de Contratación Acuerdo 11/04 del Hospital Vista Hermosa, el cual exige que las prórrogas, modificaciones, adiciones, se deben hacer cuando menos con ocho (8) días de anticipación al vencimiento del plazo y/o duración del contrato, procedimiento contractual que no se cumplió.	Los supervisores de contrato fortalecerán las acciones de seguimiento a estos en el término de cumplimiento de obligaciones y el tiempo definido para la terminación de las mismas.	No. Contratos supervisados cuyo objeto son acciones de salud / Total de contratos elaborados, cuyo objeto son las acciones de salud * 100	100% de contratos supervisados cuyo objeto sean acciones de salud.	Gerencia Contratación Subgerencia de Servicios de salud. Coordinador de Salud Pública Subgerencia Administrativa y Financiera	Pedro Arturo Aguilera Gerente Teresa de los Ángeles Gómez Profesional de apoyo contratación José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jacqueline Campos Baquero Coordinadora Salud Pública	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	El Acuerdo No. 012 de Agosto de 2010 por el cual se modifica Manual de Contratación del Hospital Establece en el capítulo IV artículo 22 establece las condiciones para la solicitud de las adiciones, en el capítulo VI artículo 33 las funciones de los supervisores de los contratos.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.5.11	3.5.11. El Objeto del contrato consistió en realizar actividades como INGENIERO AMBIENTAL y SANITARIO, lo determinado en la cláusula segunda. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA - estipula: "EL CONTRATISTA se obliga para con el Hospital a: 1. Realizar actividades de promoción y Prevención en Salud Oral intra y extramural: Controles de placa bacteriana, detrataje supragingival, aplicación tópica de flúor, Aplicación de sellantes. 2. Realizar actividades educativas de salud oral integrales intra y extramurales 3. Realizar seguimiento a pacientes sanos y controlados en el Hospital 4. Inducir la demanda a los servicios de salud Oral y a otros servicios del Hospital...". El objeto del contrato - Cláusula Primera- no corresponde con las obligaciones del contratista estipuladas en la Cláusula Segunda. Demostrando falta de cuidado en la elaboración, revisión y lectura de los documentos contractuales antes de la suscripción, e inseguridad jurídica en los contratos. Hecho que transgrede lo previsto en los literales a), b	Revisar las obligaciones de los contratistas de acuerdo a las actividades a desarrollar en el Hospital	Total de contratos con obligaciones revisados/total contratos elaborados*100	Revisar las obligaciones de los contratistas para verificar las actividades a desarrollar	Coordinadora de Salud Pública Subgerencia de Servicios de salud Subgerencia Administrativa y Financiera Asesoría de Planeación y Sistemas	Jacqueline campos Coordinadora Salud Pública José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero José Darío Téllez Asesor de Planeación y Sistemas	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/05	2010/12/31	En los contratos a los cuales se les realizo seguimiento se pudo establecer que las obligaciones del Contratista son concordantes con el objeto del contrato.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCION)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.6.1.1	3.6.1.1 Por consiguiente, el incumplimiento del reporte de esta información exigida por la Contraloría de Bogotá, en el aplicativo SIVICOF, así, como la falta de oportunidad en la entrega de la información necesaria y requerida por el grupo auditor, para efectuar el control fiscal al proyecto Integral de Salud N° 22-29-2, impidió el análisis y verificación del proyecto, por ende, se obstaculizó el ejercicio del control fiscal, generando incertidumbre en los resultados de la gestión del hospital. Se transgrede con ello el artículo 267 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 42 de 1993 y Resolución Reglamentaria 020/2006.	Verificar que las áreas responsables de los proyectos de inversión generen la información requerida para ser entregada a los entes de control y reportada en el aplicativo SIVICOF.	No. De proyectos de inversión reportados a los entes de control/No. De proyectos de inversión ejecutados por el hospital.	Todos los proyectos de inversión estén reportados a los entes de control.	Asesoría de Planeación y Sistemas Subgerencia de Servicios de Salud Salud Pública	José Darío Téllez Asesor de Planeación y Sistemas José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud Jacqueline campos Coordinadora Salud Pública	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	El estado de la acción formulada de encuentra en Ejecución.	1,2 E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.6.1.2	3.6.1.2. En el proyecto Fortalecimiento de los Mecanismos de Participación Social código No. 4384-08, se observó inconsistencias en la información, en razón a que inicialmente allegaron un reporte que contenía 19 metas, posteriormente, fue suministrada otra información con 12 metas programadas, de las cuales la junta directiva aprobó para su ejecución 8 metas por los recursos disponibles. Lo anterior, demuestra deficiencias en los sistemas de información, que afectan su confiabilidad, veracidad y oportunidad. Trasgrediendo los literales b) y e) del artículo segundo de ley 87/1993.	Para cada una de las vigencias, se tendrá en cuenta la programación de las metas, se planearán, de tal manera que se puedan cumplir. Se realizará un seguimiento permanente del cumplimiento de metas para ajustarlas de acuerdo a las actividades realizadas, los ajustes que se realicen deben estar debidamente soportados.	Numero actividades ejecutadas de proyecto de participación social / Numero de actividades programadas de proyecto de participación social. * 100 Numero de actividades ajustada de proyecto participación social / Numero actividades programadas *100	porcentaje de actividades ejecutadas del proyecto de participación con respecto a las programadas. Porcentaje de actividades reprogramadas con respecto a las programadas del proyecto de participación.	Coordinación de Participación Social y Atención al usuario	Luz Marina Pérez Coordinadora de Participación Social	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2009/12/31	2010/01/31	Se cumplió con la acción programada por lo tanto queda cerrada.	1,8 C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.7.1	3.7.1. Se constato que el hospital no realizó el respectivo registro como generador de residuos peligrosos ante la Autoridad Ambiental, incumpliendo los plazos establecidos por la norma. Por lo cual no dio cumplimiento al artículo 27 y 28 del Decreto 4741 de 2007 y a la Resolución 1362 de 2007 normas expedidas por el Ministerio Vivienda y Desarrollo Territorial, referentes a los generadores de residuos peligrosos. La anterior situación se debe a las debilidades que presenta el hospital en la actualización de normatividad ambiental y requerimientos exigidos por las autoridades ambientales. Lo cual no permite a los entes externos consolidar, evaluar y analizar que tipo y cantidad de residuos peligrosos están generando los hospitales como resultado de los procedimientos asistenciales adelantados.	Registrar ante la Secretaría de Distrital de Ambiente la generación de residuos peligrosos establecida en los PGRHYS. Elaborar el plan de manejo de residuos peligrosos.	Numero de centros de atención registrados ante secretaria de ambiente/Total centros de atención del Hospital. Numero de planes de manejo de residuos elaborado/ Numero de centros del hospital que deben tener PGRHYS	Registrar ante Secretaría de Ambiente los PGRHYS	Subgerencia de Servicios de salud. Gestión Ambiental	José Manuel Rodríguez Subgerente de Servicios de Salud Jonathan Gutiérrez Ingeniero Ambiental	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/31	2010/06/30	De acuerdo al radicado No. SDA 2010ER18113 del 17 de abril de 2010 se solicitó la inscripción como generador de residuos o desechos peligrosos, por parte del Hospital ante la Secretaría Distrital de Ambiente. La secretaria por medio de oficio de fecha 6 de mayo de 2010 y radicado No. 2010EE18450 envía los login y password de las sedes registradas en total 18. la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca CAR con oficio No. 20102106523 envió el usuario y password de la sede UPA Pasquilla (oficios anexos) Se adopto por medio de la Resolución 275 del 15 de septiembre de 2010 el Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos firmada el 15 de septiembre de 2010.	2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.7.2	3.7.2. De acuerdo a la auditoría adelantada a los soportes de la facturación con ECOCAPITAL para la recolección de los residuos hospitalarios de la vigencia 2008 se observó en algunos manifiestos que soportan la entrega de los residuos a ECOCAPITAL, que no se registra completa la información consignada en el formato, en algunos manifiestos se evidenció que no tienen firmas de quien entrega los residuos por parte del personal de servicios generales a ECOCAPITAL; así mismo, se observó en algunos formatos de Reporte Diario de residuos RH1 no se encuentran firmados por el funcionario que diligencia la información como del responsable de la consolidación por parte de servicios generales, por otra parte, se observó en prueba selectiva adelantada en el mes de octubre CAMI MANUELA BELTRAN, Mayo CAMI VISTA HERMOSA, UBA POTOSI mes de septiembre de 2008, inconsistencias frente a la cantidad reportada en el manifiesto, la factura de ECOCAPITAL y el reporte diario RH1 .	<p>Capacitar a los funcionarios de servicios generales, asistencial, gestor ambiental de cada centro y coordinadores de centros de atención, en el diligenciamiento de los formatos RH1, RH2 y los manifiestos de ECOCAPITAL.</p> <p>Verificar que los formatos se estén diligenciando adecuadamente frente a la cantidad reportada en el manifiesto y la factura de ECOCAPITAL.</p> <p>Realizar auditorías internas a los procesos de gestión ambiental de la entidad.</p> <p>Firmar por parte del personal de servicios generales los reportes de entrega de residuos a ECOCAPITAL</p>	<p>Total funcionarios que manejan residuos sólidos capacitados/ total de funcionarios que manejan residuos sólidos*100 formatos RH1 y RH2 revisados/Formatos RH1 y RH2 generados en los centros de atención.*100</p> <p>Formatos revisados frente a facturas de ECOCAPITAL/ facturas generadas por ECOCAPITAL.</p> <p>No. De centros auditados/No. De centros a auditar.</p> <p>Formatos verificados que se encuentren con firma de entrega de residuos a ECOCAPITAL/ Formatos elaborados de entrega a ECOCAPITAL.</p>	<p>Capacitar al personal que maneja residuos sólidos sobre el manejo de los residuos y el registro de los formatos RH1 y RH2.</p> <p>Verificar que los formatos se encuentren bien diligenciados</p> <p>auditar los procesos de diligenciamiento y consolidación de la generación de residuos hospitalarios.</p>	<p>Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol</p> <p>Subgerencia de Servicios de Salud</p> <p>Gestión Ambiental</p>	<p>Nohora Velásquez</p> <p>Asesor Gestión Pública y Autocontrol</p> <p>José Manuel Rodríguez</p> <p>Subgerente de Servicios de Salud</p> <p>Jonathan Gutiérrez</p> <p>Ingeniero Ambiental</p>	<p>El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad</p>	2010/01/01	2010/12/31	Se evidencia la Planilla de Listado Adjunto Reunión Interna de fecha 09 de junio de 2010, en donde se capacitan 25 personas de servicios generales en RH, igualmente se evidenciados reunión de fecha abril 8 de 2010, 32 funcionarios, 1 de Junide 2010, 7 funcionarios 16 de junio de 2010 3 funcionarios, 16 de junio de 2010 4 funcionarios, 10 de abril de 2010 32 funcionarios. Se verificó la firma de los manifiestos de transporte de residuos peligrosos e infecciosos en donde se observa que 16 recibos de la selectiva presentan inconsistencia según anexo Los consecutivos son números 11919 del 16 de junio de 2010, 64156 del 24 de febrero de 2010, numero completo ...1756 del 10 de julio de 2010, No. ilegible de fecha 12 de abril de 2010, No. 57206 de fecha 2010, No. 44530 de fecha 13 de enero de 2010, 103420 de fecha 12 de mayo de 2010, No. 32455 y 88802. auditar los procesos de diligenciamiento y consolidación Se presentaron 11 auditorías a la Gestión Integral de Residuo	1,5E

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.7.3	3.7.3. La Entidad no ha presentado el estado de avance del plan de acción de material reciclado de la vigencia 2008 y 2009 ante la UAESP, según consta en la respuesta manifestada por la misma[1] al Ente de Control, los cuales habían sido solicitados al hospital Vista hermosa con los radicados UAESP No 7227 del 11 de agosto de 2009 y 6459 del 11 de noviembre de 2008 y 6459 del 11 de agosto de 2009. Transgrediendo el Decreto 400 de 2004 de la Alcaldía Mayor que impulsa el aprovechamiento eficiente de los residuos producidos en las entidades distritales. Directiva 009 de 2006. Circular 001 de enero de 2007 y el Acuerdo 287 de 2007. La anterior situación se debe a las debilidades que presenta el hospital en la actualización de normatividad ambiental y requerimientos exigidos por las autoridades ambientales. Con lo cual no permite a los entes externos consolidar, evaluar y analizar el comportamiento de residuos sólidos para la vigencia auditada.	Suscribir convenio con la fundación de quemados para realizar la recolección de material reciclable generado por el hospital. Elaborar informes mensuales a la UESP sobre la generación de material reciclable generado por el hospital	No. Informes presentados a la UESP sobre el reciclaje/ Informes a presentar mensuales a la UESP sobre el tema de reciclaje *100	Realizar convenio con la fundación del quemado para dar cumplimiento al decreto 400 de 2004. Presentar informes mensuales a la UESP sobre el manejo de material reciclable.	Subgerencia de Servicios de Salud Gestión Ambiental	José Manuel Rodríguez Subgerente de Servicios de Salud Jonathan Gutiérrez Ingeniero Ambiental	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	A la fecha de visita de la auditoria se observa que el convenio de cooperación No. 01 de 2010 es celebrado entre el Hospital Vista Hermosa y La Asociación de Resicladores de Puerta de Oro de Bogotá E.S.P. Firmado el 31 de agosto de 2010. Se anexa el oficio radicado correspondiente al 1 trimestre de 2010 sobre el materia reciclable generado ante la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos e igualmente lo correspondiente al II trimestre de 2010.	1,6E

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.2.2	Otra situación de riesgo es el caso de la supervisión donde se presentan deficiencias en el seguimiento a la contratación por la falta de rendición de informes, seguimiento y control a la ejecución de los contratos, observando además que la función de supervisión recae en un solo funcionario.	Se exigirá por parte de la Gerencia del Hospital, la supervisión de contratos por parte de las subgerencias, de la coordinadora de salud pública, de la coordinadora de salud oral, de la persona responsable del proyecto de participación comunitaria, del Jefe de Almacén y del profesional de Recursos físicos y de Sistemas. Así mismo se reunirá a los supervisores y se les informara la forma como debe ser llevada la rendición de informes técnicos de las supervisiones	Numero de contratos supervisados / Numero de contratos elaborados	Realizar la supervisión y entrega de informe técnico del 100% de los contratos elaborados	Gerencia, Subgerencias, Coordinadores de Salud Pública, de Salud Oral, de Atención al Usuario, Profesionales Universitarios de Almacén, de recursos físicos y de Sistemas	Pedro Arturo Aguilera Gerente José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jacqueline Campos Baquero Coordinadora Salud Pública Fabio Quintero Camacho Profesional de Recursos Físicos	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/01/31		2C

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.2.3.2	En desarrollo del proceso auditor, se evidenció que el instrumento de medición empleado por la entidad corresponde al plan estratégico y el seguimiento al mismo lo realiza la oficina de Planeación, no evidenciándose seguimiento o acompañamiento por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Lo anterior incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal h) y con lleva a que no se cuente con una herramienta gerencial que articule y oriente las acciones de la entidad para el logro de los objetivos institucionales	Realizar acompañamiento por parte de la asesoría de gestión pública y autocontrol en la medición del cumplimiento del plan estratégico, en las mesas de trabajo que se realizan trimestralmente, de las cuales se genera plan de mejoramiento, al cual la AGPA debe hacer seguimiento	No. Reuniones de acompañamiento o a las que asiste la Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol/Total de mesas de trabajo realizadas para evaluación del plan estratégico.	Realizar acompañamiento a la medición del plan estratégico o por parte de La Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol al 100% de las mesas de trabajo que se efectúan para este fin.	Asesoría de Gestión Pública y Autocontrol	Nohora Velásquez Salamanca Asesora Gestión Pública y Autocontrol	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/01/31	La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol participo en el año 2009 en la medición del plan estratégico, realizando reuniones de trabajo evidenciadas mediante actas de socialización lideradas por el comité estratégico de Gestión Institucional a todos los macroprocesos del hospital, evidenciando los listados de asistencia de los funcionarios de las diferentes sedes. y realizo seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional que se generó, producto del informe de la Contraloría Distrital. Para el año 2010, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha realizado acompañamiento en la medición de los POAS y en la construcción de los planes de mejoramiento, soportado en las actas de evaluación del POA de las diferentes áreas, con las correspondientes plnillas de asistencia.	2C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	3.4.1	Lo anterior pretermite el artículo 20 del Decreto 195 de 2007 y no existe cumplimiento en la Resolución No.036 de 2004 relacionado con el numeral 6 respecto al adecuado control sobre la ejecución y cumplimiento de los contratos, por parte de los supervisores debido a que no se encontró en la mayoría cuadros de control de pagos, dado que la oficina de presupuesto es la encargada de definir los recursos de cada uno. Lo anterior trae como consecuencia desorden administrativo para la ejecución de los registros presupuestales y la depuración de las cuentas por cobrar respectivas	Elaborar cuadro de control de pagos por parte de los supervisores de los contratos.	cuadros de control elaborados para pagos por parte de supervisores de contrato/Cuadros de control que se deben establecer para el control de pagos	Elaborar cuadro de control de pagos por parte de los supervisores de contratos	Gerencia, Sub gerencias, Coordinadores de Salud Publica, de Salud Oral, de Atención al Usuario, Profesionales Universitarios de Almacén, de recursos físicos y de Sistemas	Pedro Arturo Aguilera Gerente José Manuel Rodríguez Subgerente Servicios de Salud William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero Jacqueline Campos Baquero Coordinadora Salud Pública Fabio Quintero Camacho Profesional de Recursos Físicos	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/01/31	El Hospital cuenta con un formato codificado de Seguimiento-Control de Pagos y Ejecución de Contratos, por lo tanto se cumplió con la acción programada por lo que queda cerrada.	2c

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A = ABIERTA, C = CERRADA, E = EJECUCIÓN)
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CONTRALORIA DISTRITAL	2.2.2	Consumo de agua: El consumo Total en los hospitales en la vigencia 2005 y el primer semestre de 2006 fue aproximadamente de 129.145 m3 de agua. Tuvieron mayor consumo Vistahermosa con 22.878 M3 (17,7%), Pablo VI Bosa con 21.850 M3 (15,5%), Tunjuelito con 18.959M3 (14,8%) y Rafael Uribe Uribe con 17.085 M3 (13,3%)Durante el segundo semestre de 2005 y el primer semestre de 2006 el hospital de Usaquén consumió aproximadamente 13.139 m3 de agua, no fue posible obtener la información para el primer semestre de 2005, debido a que la entidad no suministró todos los recibos cancelados a la EAAB.	Para el año 2,010, se colocara en los baños de los CAMIS Manuela Beltran, Jerusalen, y la UPA Candelaria el sistema PUSH de manejo de lavamanos y Orinales. Para las cisternas se cambiara el tanque de almacenamiento, para disminuir la descarga en litros. los demás centros dependiendo del presupuesto destinado, serán realizados durante la vigencia 2,011	Numero de push instalados / Numero de lavamanos y orinales en los CAMIS	Cambiar el sistema tradicional de desagüe de los baños, por el sistema PUSH en el 100% de los baños de los CAMIS	SubGerencia Administrativa - Recursos Fisicos	William Heredia Subgerente Administrativo y Financiero, Fabio Quintero Profesional Recursos Fisicos	El hospital cuenta con el recurso para ejecutar esta actividad	2010/01/01	2010/12/31	Por medio del contrato No. 4563 de 2010 por valor de \$ 24,371,333 con el objeto de compra e instalación de dispositivos ahorradores de agua para los centros asistenciales del Hospital Vista Hermosa En donde se evidencia economizadores para lavamanos, lavaplatos, cisternas, duchas, lavatraperos, pozeta terminal, orinal push, duchas de mano, lavamanos quirúrgico etc, en el contrato tambien se establece los centros a los cuales se les hará la intervención faltantdo Limonar (Niños en condición de discapacidad), centro juvenil (CAPS), y Salud Pública (sede administrativa) el cual es firmado el 24 de septiembre y tiene un plazo de ejecución hasta el 30 de noviembre por cuanto en el momento se encuentra en ejecución el mismo.	2c

Fecha de Seguimiento: Noviembre de 2010