

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

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN ESE

VIGENCIA AUDITADA 2010

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL 2011
CICLO I**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

BOGOTÁ, MAYO DE 2011

**AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
DE ATENCIÓN ESE**

Contralor de Bogotá, D. C.

Mario Solano Calderón

Contralor Auxiliar

Clara Alexandra Méndez Cubillos

Director Sectorial

Rafael Humberto Torres Espejo

Subdirector de Fiscalización Salud (ADHOC) José Vicente Guzmán Gómez

Asesor

Luís Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoria

Fabio Hernández Rojas – Líder
Ana Matilde Soledad Cabrera
Alix Florez Gutiérrez
Efraín Sierra Lozano
Gladis Inés Gaitan Lozano
Yolanda García Soto
Roberto Jiménez Rodríguez

CONTENIDO

		Página
1	DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	4
2	ANALISIS SECTORIAL	12
3	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	27
3.1	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	27
3.2	Evaluación al Sistema de Control Interno	27
3.3	Evaluación de los Estados Contables	38
3.3.1	Evaluación Control Interno Contable	47
3.4	Evaluación al Presupuesto	48
3.5	Evaluación de la Contratación	60
3.6	Evaluación del Plan de Desarrollo y del Balance Social	68
3.6.1	Evaluación Plan de Desarrollo	68
3.6.2	Evaluación Balance Social	77
3.6.3	Evaluación Plan de Ordenamiento Territorial (POT)	80
3.7	Evaluación de la Gestión Ambiental	81
3.8	Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	104
3.9	Seguimiento Cumplimiento Compromiso Ético	109
3.10	Concepto Sobre Rendición de la Cuenta.	110
4	ANEXOS	113
4.1	Hallazgos Detectados y Comunicados	114
4.2	Seguimiento Plan de Mejoramiento	115



1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Doctor

MARCO ANTONIO MACHADO BLANDON

Presidente Junta Directiva

Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE

Doctor

FABIO BARRERA BARON

Gerente

Hospital Occidente de Kennedy III 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 Regular al Hospital Occidente de Kennedy III 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, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2010 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2010 (cifras que fueron comprobadas con las de la vigencia anterior), la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación del Sistema de Control Interno.

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

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de General Aceptación, así como con las políticas y los procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, requirió, acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

VARIABLES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
Plan de desarrollo y Balance Social	35%	23.00
Contratación	20%	18.10
Presupuesto	15%	11.00
Gestión Ambiental	10%	1.50
Sistema de Control Interno	10%	8.07
Transparencia	10%	8.34
SUMATORIA TOTAL	100%	70.01

Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D. C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2010, en razón a que la ponderación de las variables arrojan un promedio del 70.01%, lo que determina una gestión FAVORABLE CON OBSERVACIONES.

Concepto sobre Gestión y Resultados

Para emitir el concepto sobre la gestión adelantada por la entidad en la vigencia fiscal 2010, el equipo auditor se fundamenta en la Resolución 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá, anexo 7 evaluación concepto de gestión dentro de los cuales se tuvieron en cuenta los componentes de integralidad correspondientes a

Plan de Desarrollo y Balance Social, Contratación, Presupuesto, Gestión Ambiental, Sistema de Control Interno y evaluación a la Transparencia.

Control Interno, de la verificación de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en las áreas evaluadas y consolidada la información, el Sistema de Control Interno en el Hospital Occidente de Kennedy, arrojó una calificación de 4.07, interpretado como un nivel de bajo riesgo en el de desarrollo y operación del Control Interno en la entidad. Se debe continuar con acciones de mejora para la implementación de las Tablas de Retención Documental en todas las dependencias; el Plan de Capacitación y de Bienestar Social se debe elaborar de manera participativa y articulada que incluya todas las actividades que la entidad programa, en estos no se incluyó la capacitación adelantada con la Universidad del Bosque producto del convenio Docencia Servicio, el reconocimiento e incentivo a Funcionarios a través de COMPENSAR por el proceso de certificación que se adelanta; en cuanto al Plan de Mejoramiento por Procesos y los Mapas de Riesgos se debe hacer más divulgación entre los funcionarios que integran los procesos y dejar la trazabilidad de las acciones adelantadas en su manejo o mitigación.

Plan de Desarrollo y Balance Social, el hospital tiene políticas, objetivos estratégicos y metas orientadas a dar cumplimiento al Plan Distrital de Salud, los objetivos del milenio y el Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva, sin embargo se observaron que algunas acciones no tuvieron resultados con eficiencia como se señala en el indicador de promedio día estancia que se incrementó para el año 2010 en (8.89), con relación a la vigencia anterior de (7.44) día estancia. De los indicadores de eficacia el de consulta externa especializada presentó bajo cumplimiento por cuanto las consultas bajaron a 132.097 con respecto al año anterior que fueron 173.258; de efectividad-impacto, dos son los que mayor incremento presentaron, uno es indicador de efectividad-impacto variación de muertes menor a 48 horas presentó un incremento del 12%, otro indicador que se incrementó fue el de tasa de variación de Enfermedades Diarreicas Agudas-institucionales en 213%.

Con relación a procedimientos para formulación y viabilización, la auditora observó que se ejecutó el convenio 1121-09 antes de haber actualizado el proyecto a ejecutar "Adquisición de equipos y elementos de dotación general, para las instalaciones del hospital occidente de Kennedy –Actualización" elementos indispensables para que haya optimización y eficiencia en la utilización de los recursos, así como debilidades en la supervisión de la ejecución de los contratos, al verificar que algunos equipos biomédicos se entregaron parcialmente y otros no están funcionando, situación que dificulta la óptima utilización de los equipos cuyo fin es el mejoramiento de la prestación de los servicios.

En el tema de balance social, se destaca que el hospital ha cumplido con la metodología, sin embargo en algunas metas no fue posible corroborar el cumplimiento de las mismas, por cuanto no presentaron los documentos soportes

y falta mayor integración del área asistencial en la formulación y concertación de las metas.

Contratación, del análisis realizado a la contratación en las etapas precontractual, contractual y poscontractual, se puede concluir que el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel cumple con los parámetros legales establecidos en la contratación pública y especialmente lo contemplado en el Reglamento Interno de Contratación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E, (Acuerdo 024 del 5 de noviembre 2003), Manual de Interventoría (Resolución 00474 del 4 de septiembre de 2004), mediante la cual se expide el Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, se procedió a verificar si el objeto de los contratos se había cumplido en su totalidad de conformidad con lo pactado, concluyéndose que efectivamente el objeto contractual de los 32 contratos escogidos en la muestra se cumplió a satisfacción tal como fue verificado y corroborado con las respectivas certificaciones de cumplimiento expedidas por los interventores o supervisores de cada uno de los contratos, las cuales obran en expedientes respectivos, sin embargo se evidencio que no existe en el organigrama ni en la planta de personal el cargo de director, gerente o jefe que tenga las funciones específicas para atender el proyecto relacionado con los convenios Docencia –Servicio, celebrado entre el Hospital Occidente de Kennedy y las Universidades, además que sea el responsable de la implementación del decreto 2376 de 2010. tal como lo estipula el artículo 11 ordinal A que debe existir un *“director , gerente o jefe del área de educación que sirve escenario de práctica”* sin embargo el proyecto cuenta con muy buenos resultados gracias a la colaboración y buena gestión realizada por la persona que fue encargada verbalmente por el señor Gerente del Hospital occidente de Kennedy III Nivel, de igual forma existe cierto incumplimiento en las funciones y responsabilidades asignadas a los supervisores de las obligaciones contractuales, en el sentido de no realizar los informes que soportan el cumplimiento a satisfacción del objeto contratado, solo existen en algunos contratos el documento del supervisor certificando el grado de ejecución porcentual para conceder las adiciones o prorrogas, también se estableció, que existen contratos que de acuerdo a su periodo de ejecución, superan el plazo fijado para su liquidación establecido en el manual interno de contratación en el que estipula que el plazo para la liquidación de los contratos debe realizarse dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación, lo cual no determina una gestión deficiente, por el contrario podemos decir que la gestión en el componente de contratación es adecuada.

Presupuesto, los ingresos registrados en el presupuesto definitivo por valor de \$125,015,155,813 presentaron la mayor participación por la venta de servicios de salud con un 76%, (\$94.782.918.597), a su vez los gastos reflejaron una apropiación disponible de \$125,015,155,813, estos recursos se orientaron para atender gastos de funcionamiento con \$19,805,169,720, que representaron el 15.84%, para gastos de Operación el 79.79% (\$99,756,394,237) y en inversión el 4.36% (\$5.453.591.856), del total destinado.

De los recursos comprometidos en el transcurso de la vigencia, se observa que la entidad realizó autorizaciones de giro presupuestal por valor de \$91.418.562.630 frente a un total de compromisos por \$124.759.543.369, lo que determinó una ejecución real del presupuesto del 73%, quedando al cierre del período un saldo de cuentas por pagar de \$33.340.980.739.

En el presupuesto de gastos e inversión se evaluó entre otras, la ejecución de las cuentas por pagar, lo que determinó un saldo de \$4.677.069.588 al cierre de la vigencia 2010, dicho valor corresponde a compromisos que quedaron pendientes de pago o con saldos por cancelar de “VIGENCIAS OTROS AÑOS”, del 2007, 2008 y 2009. Según la información remitida por el Hospital, el estado de las cuentas por pagar de comercialización se encuentran como: Saldos por reintegrar al presupuesto, en proceso de depuración por parte de tesorería, facturas radicadas en tesorería pendientes de pago, facturas pendientes de radicar por parte del proveedor, actas de liquidación por reintegrar al presupuesto y pendientes de firmas, etc, lo que evidencia que de no tomarse las medidas para la depuración de dichas cuentas, se podría ocasionar un riesgo mayor a las finanzas del hospital por las posibles demandas ante el incumplimiento en el pago oportuno de los compromisos adquiridos.

De lo referido, este ente de control conceptúa desde el punto de vista de la gestión en cuanto a la ejecución del presupuesto, que es favorable con observaciones.

Gestión Ambiental, se evidenció, que los responsables del direccionamiento de la gestión ambiental : Referente Ambiental, Comité de Gestión Ambiental y Gestor Ambiental al igual que los trabajadores, concesionarios de fotocopias, cafetería – consulta externa y restaurante (en sus contratos no se determinan obligaciones ambientales), no realizan un trabajo orientado a la reducción y aplicación de los parámetros del Plan Institucional de Gestión Ambiental, hecho que se evidencia en el incremento de los consumos de energía, agua, residuos convencionales y no convencionales en el periodo 2007 – 2010, como en el desconocimiento del consumo por parte de los concesionarios de servicios como agua y energía; lo cual se refleja en el incumplimiento de metas tanto del PIGA como de reducción del consumo.

Concepto sobre la revisión y evaluación de la cuenta

El hospital, si bien rindió dentro del término establecido la cuenta a través del SIVICOF, al confrontar la información consignada versus los recibos de servicios públicos de los años 2007 al 2010 se determinó el ajuste a la información reportada en el formato CB 1112 Grupo 2.

Opinión sobre los Estados Contables

Evaluados los Estados Contables del Hospital Occidente de Kennedy III nivel de Atención ESE, con corte a diciembre 31 de 2010 y con base en las pruebas de auditoría realizadas a las cuentas de Efectivo, Deudores-Servicios de Salud, Propiedad Planta y Equipo, Cuentas por Pagar-Adquisición de Bienes y Servicios y Avances y anticipos recibidos, Ingresos –Venta de Servicios de Salud y Costos y Gastos, se evidenció que:

En el estado de cartera por edades y deudores, el hospital a diciembre 31 de 2010 presenta un total de \$4.074.150.480, correspondiente a entidades en liquidación y otros pagadores pendientes de depurar, sobreestimando el saldo de la cuenta deudores

Se evidencia sobreestimación de la cuenta Propiedad Planta y Equipo en cuantía \$939.873.108, por concepto de elementos que se encuentran en bodega como inservibles pendientes de dar de baja.

El hospital cuenta con facturación pendiente de radicar ante los pagadores en cuantía de \$2.682.759.532 afectando la liquidez de la entidad y generando incertidumbre en los resultados de periodos anteriores así como en el saldo de la cuenta deudores en el valor de esa facturación pendiente de radicar con atraso de más de cinco (5) años.

El hospital cuenta con glosa pendiente de contestar en cuantía de \$6.177.738.902, de los cuales \$169.172.616 tienen más de tres meses de atraso, afectando la liquidez de la entidad.

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes, los estados contables, del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención E.S.E., presentan razonablemente, la situación financiera y los resultados de las operaciones, en sus aspectos mas significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2010, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detallan en los Anexos No. 4 se establecieron 40 hallazgos administrativos.

Concepto Sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con salvedades a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, el aceptable desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

-MECI y la opinión con salvedades expresada sobre la razonabilidad de los estados contables, la cuenta rendida por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE, correspondiente a la vigencia 2010, **se fenece**.

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

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

Bogotá D. C., Mayo de 2011

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud E Integración Social

2. ANÁLISIS SECTORIAL

LA REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - LEY 1438 DE 2011 -

2.1 ANTECEDENTES DE LA REFORMA

La Ley 100 de 1993 adoptó el Sistema General de Seguridad Social para la prestación del servicio de salud, y en ella se establecieron los instrumentos jurídicos y legales para avanzar en la provisión de servicios de salud a una mayor parte de la población mediante un esquema de aseguramiento; sin embargo, el esquema presenta problemas estructurales que afectan la prestación de los servicios y han dado lugar a múltiples cuestionamientos sobre su continuidad, por lo cual ha sido objeto de reformas y ajustes¹.

Una de las propuestas recientes se dio en diciembre de 2009², cuando el Gobierno Nacional decretó la emergencia social para enfrentar la crisis financiera de la salud en el país. Sin embargo, esta vía excepcional fue declarada inexecutable³.

Ya durante el proceso electoral de 2010 se tuvo como punto de discusión de primer orden la crisis financiera del SGSSS, las dificultades para la prestación de servicios óptimos, la calidad misma de los servicios y la situación de los profesionales de la salud, entre otros asuntos. Entonces, cuando en agosto de 2010 se posesionó un nuevo gobierno, se insinuó una convocatoria a todos los agentes interesados para recoger posiciones y propuestas encaminadas a presentar un proyecto de reforma al SGSSS.

En el Congreso se tramitaron varios proyectos de ley, uno vía ley ordinaria y otra vía estatutaria. En el caso de la reforma vía ley estatutaria, se sustenta en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que considera que el derecho a la salud además de considerarse fundamental por conexidad con el derecho a la vida, es fundamental autónomamente en aquellos aspectos que constituye una garantía subjetiva en los términos de la ley y la normatividad vigente, por lo que su regulación acerca de sus alcances debe ser realizada a través de una ley estatutaria. Sólo por esta vía es posible regular el núcleo esencial de los derechos fundamentales, con alcances integrales, estructurales y completos⁴.

¹ Entre otras reformas se destacan las contempladas en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.

² Decreto 4975 de 2009

³ Corte Constitucional. Sentencia C-252/10 del 16 de abril de 2010.

⁴ Ministerio de la Protección Social. Exposición de motivos Proyecto de Ley Estatutaria de 2010. "La ley estatutaria permite regular la estructura y contenido del derecho, estableciendo cuáles son sus alcances mínimos y el grado de exigibilidad, a la vez que permite determinar los criterios para su ejercicio. Lo anterior resulta especialmente relevante en el actual estado de cosas, en donde el Sistema General de Seguridad Social en Salud afronta grandes dificultades".

No obstante lo anterior, el 19 de enero de 2011 se expidió la Ley 1438, pero con el alcance de ley ordinaria⁵.

2.2 MODIFICACIONES RELEVANTES

La ley 1438 de 2011 introduce cambios en el SGSSS; de manera general interviene en asuntos a destacar como la prevalencia y salud diferencial para la infancia y adolescencia y estructuración del plan de beneficios de acuerdo a los ciclos vitales; el énfasis en la política de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mediante un modelo de atención primaria en donde se acerca el servicio a las familias a través de equipos básicos de salud; generación de nuevas fuentes de recursos para el sistema a partir de 2012; y el fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control y la información de todo el sistema de salud, como piezas fundamentales para garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

También es notable el tratamiento preferencial para las mujeres y niños víctimas de la violencia física o sexual, así como la incorporación de atención integral a personas en condición de discapacidad.

De manera particular las principales modificaciones son:

Principios del sistema: Además de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad y participación, previstos en la Ley 100/93 se postulan nuevos principios orientadores del sistema como prevalencia de derechos; enfoque diferencial; equidad; calidad; progresividad; libre escogencia; sostenibilidad; igualdad; obligatoriedad; transparencia; descentralización administrativa; complementariedad y concurrencia; corresponsabilidad; irrenunciabilidad; intersectorialidad; prevención; y continuidad. De esta manera se le da mayor contenido y alcance al objetivo del SGSSS.

No obstante, en la reciente norma no se consideran los principios de integralidad y unidad contemplados en la Ley 100 de 1993. En este sentido parece perderse orientaciones referidas a que cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por el sistema, además de la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

⁵Artículo 1º Ley 1438 de 2011. “Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Competencias de los niveles de la administración pública: La ley asigna nuevas responsabilidades a la nación, departamentos y municipios.

Se destaca en el plano nacional la aprobación de los planes bienales de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud, de los departamentos y distritos, en los términos que determine el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud y el diseño de indicadores para medir logros en salud frente a todos los actores del sistema.

A los departamentos, además de preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud para su jurisdicción, le compete formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas departamentales, cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en salud a nivel departamental y distrital.

Finalmente, a los municipios les corresponde adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas. Además, coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en salud a nivel municipal.

Salud pública: Se adopta la estrategia de APS (atención primaria en salud), con 3 componentes: servicios de salud, acción intersectorial/transectorial por la salud y participación social. El plan de salud pública comprende un horizonte mayor al pasar de cuatro a diez años. En este sentido, se le asigna al Ministerio de la Protección Social la responsabilidad de elaborar un plan decenal de salud pública, cuyo primer documento debe entrar en vigencia en 2012. Igualmente se crea el Observatorio Nacional de Salud encargado de monitorear indicadores de salud pública para cada municipio y departamento.

El gobierno formulará la Política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria y el ente territorial definirá los requisitos para habilitar la conformación de equipos básicos de salud, que facilitarán el acceso a los servicios. El Plan de Beneficios incluirá una parte especial que garantice la efectiva atención de enfermedades de niños y adolescentes.

Aseguramiento: En lo referido al usuario se destaca el concepto de portabilidad nacional para que las EPS garanticen el acceso a servicios de salud en el territorio nacional a más tardar el 1º de junio de 2013; no habrá período de carencia en el SGSSS a partir del 1º de enero de 2012; quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; se crean y adicionan los planes voluntarios de salud, individuales y colectivos.

En cuanto a lo atinente a las EPS, el gobierno reglamentará las condiciones para que tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para gestión del riesgo y tengan márgenes de solvencia, capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

Es de resaltar la obligación de actualizar integralmente el plan de beneficios una vez cada 2 años (la primera antes del 1º de diciembre de 2011). Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar a las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

Se insiste en la universalización, prevista desde la Ley 100/93 y que debía alcanzarse en 2001, al afirmarse que todos los residentes en el país deberán ser afiliados del SGSSS

Administración Régimen Subsidiado: En la Ley 1122 de 2007 se establecía que las entidades que administran el régimen subsidiado son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). La ley 1438 de 2011 establece que los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

En cuanto al giro de recursos, se señala que el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por capitación a las Entidades Promotoras de salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales.

El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones.

Se establece la obligatoriedad de liquidar los contratos suscritos con anterioridad al 10 de abril de 2010 en un término de tres meses.

Financiación:

Se definen los mecanismos de financiación de las acciones de salud pública, promoción y prevención dentro de la estrategia de APS. También se definen nuevas fuentes de recursos para el subsidiado y cambian condiciones del seguro de salud por desempleo.

Se crea el Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud (Fonsaet), administrado por el MPS, para asegurar el pago de obligaciones que no pudiesen pagar las Empresas Sociales del Estado (ESE) intervenidas o liquidadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Se plantea una modificación en la asignación de los recursos del sistema general de participaciones para salud; entonces, estos recursos se destinarán al régimen subsidiado partiendo como mínimo del 65% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al 80% a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje de recursos para el régimen subsidiado, en la Ley 1122 de 2007, se establecía que a partir del año 2009 era del 65%, sin que se pudiera superar

Prestación de servicios de salud: Para los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como población vinculada se les eliminan las multas monetarias por inasistencia a citas médicas programadas. Sólo se impondrán sanciones pedagógicas.

Se establecen reglas a los contratos de pago por capitación entre EPS e IPS, de manera que las primeras pagarán los servicios a las IPS dentro de los plazos y condiciones que fije el gobierno, según lo establecido en la Ley 1122/07; el no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para impuestos de la Dirección Nacional de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN. La capitación no libera a las EPS de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.

Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios. Se reformula el trámite para presentar glosas.

Las EPS deberán garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua y eficiente, con calidad y oportunidad, a través de redes integradas de servicios de salud. Entes territoriales y EPS a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos, en donde la estrategia de APS es la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Las acciones de salud deben incluir garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental y de discapacitados mediante política nacional diferencial. Se desarrollará el sistema de emergencias médicas, que será reglamentado en un año.

La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

Otro aspecto importante a considerar, que no lo desarrolla la Ley 1438 de 2011, pero lo alude en el artículo 44, tiene que ver con la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, unificación que deberá lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015, como lo plantea el artículo 34 de la ley 1393 de 2010⁶.

Financiamiento: Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con: los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata la Ley 715 de 2001; con los recursos de la unidad de pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las EPS; los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA; los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de APS; los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de APS; recursos del presupuesto general de la nación para salud pública; los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las cajas de compensación familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y otros recursos que destinen las entidades territoriales.

En lo que respecta al giro de recursos, se establece que el gobierno nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado de salud, incluidos los del sistema general de participaciones.

En la administración del régimen subsidiado, el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las entidades territoriales, la unidad de pago por capitación a las entidades promotoras de salud, o podrá hacer pagos directos a

⁶ Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones

las instituciones prestadoras de salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el gobierno nacional.

Medicamentos: El MPS definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y desarrollará mecanismos para optimizar su utilización, negociar precios, evitar inequidades de acceso y asegurar su calidad.

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de insumos, medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con estándares internacionales.

El MPS creará el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, cuyas orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico-Científica, y para las IPS.

Talento humano: El MPS definirá la política de talento humano en salud y el gobierno establecerá los lineamientos de un sistema de formación continua, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del SGSSS.

El personal misional permanente de IPS públicas no podrá vincularse por Cooperativas de Trabajo Asociado que hagan intermediación laboral ni bajo otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos. Esta disposición entrará en vigencia el 1º de julio de 2013.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de autorregulación, de esta manera cada profesión regulará la conducta y actividades profesionales de sus pares.

Sistemas de información: El MPS a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro) articulará y será el responsable del manejo de la información. La articulación con otras bases de datos oficiales (Registraduría Nacional, SISBEN y de las EPS) se implementará antes del 31 de diciembre de 2012. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre de 2013.

Se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, orientado a la obtención de resultados evaluables. El MPS establecerá indicadores de salud como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de direcciones territoriales de salud, EPS, ARP e IPS. Las IPS privadas deben publicar anualmente por Internet sus indicadores de calidad y gestión y todas las EPS y ESE tienen obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año.

La Ley establece un término de 60 días para que el gobierno y la Supersalud presenten un informe del estado actual de las EPS, en relación con el cumplimiento de giros a prestadores, recaudo y cumplimiento del plan de beneficios. El MPS desarrollará un sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, EPS e IPS, para conocer públicamente el 1º de marzo de cada año, el cual contiene número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades, resultados en atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera, administración y flujo de recursos.

Inspección, vigilancia y control: La Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital, incluso la facultad sancionatoria para que las entidades territoriales surtan la primera instancia de los procesos que se adelanten a las entidades e instituciones que presten sus servicios dentro del territorio de su competencia.

Se establece que las direcciones departamentales o distritales de Salud, presentarán en audiencia pública semestral y en los plazos que la Superintendencia establezca, los informes que esta requiera.

También se señala que la Supersalud implementará procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada, vinculando las personerías, la Defensoría del Pueblo, las contralorías y otras entidades u organismos que cumplan funciones de control.

IPS públicas y ESE: El gobierno establecerá el programa de fortalecimiento de hospitales públicos a través de un fondo con recursos del presupuesto nacional que desarrolle un plan de inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión, con énfasis en el primer y segundo nivel de atención.

El Ministerio de Hacienda y los Departamentos firmarán los contratos de concurrencia y cancelarán el pasivo prestacional causado en IPS públicas al finalizar la vigencia de 1993, con cargo a mayores recursos del monopolio de juegos de suerte y azar y del fondo pensional creado en el proyecto de ley de regalías.

El MPS determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las ESE. Las categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a saneamiento fiscal y financiero, o serán intervenidas. Si la ESE en riesgo alto no logra pasar a riesgo medio, reestructurará pasivos o deberá someterse a la intervención y liquidación.

La Nación y entes territoriales concurrirán bajo la modalidad de préstamos condonables, en el financiamiento del rediseño, modernización y reorganización (reestructuración) de IPS públicas para desarrollo de redes territoriales de prestación, mediante convenios de desempeño con hospitales que garanticen su sostenibilidad mínimo durante 10 años.

Participación: El MPS definirá y fortalecerá la política nacional de participación social. Para financiar el Defensor del Usuario, la tasa de la Ley 488/98 incluirá el costo de su organización y funcionamiento. El gobierno en los 12 meses siguientes, deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá procedimientos y formatos de afiliación y recaudo, de autorización, registro, auditoría, facturación y pago de servicios de salud.

El MPS con entidades adscritas y vinculadas al sector salud, ejecutará un programa de difusión del SGSSS y de capacitación a autoridades, EPS, IPS, trabajadores y usuarios.

2.3 ASPECTOS A REGLAMENTAR

La Ley 1438/11 contempla varios asuntos que deben ser objeto de reglamentación. El Ministerio de la Protección Social estableció un cronograma en ese sentido, que inicia en el segundo trimestre de la presente vigencia y se extiende hasta enero de 2012; allí se avizora un escenario prolífico de desarrollos reglamentarios, en algunos aspectos que resultan de mayor interés como la administración del régimen subsidiado, el flujo de recursos, salud pública y calificación de las entidades promotoras de salud y de las entidades prestadoras de servicios de salud.

En el siguiente cuadro se presentan los temas a reglamentar por orden cronológico según el cronograma presentado por el Ministerio.

**CUADRO 1
CRONOGRAMA ASPECTOS A REGLAMENTAR LEY 1438 DE 2011**

TEMA ARTÍCULO	RESPONSABLE	FECHA
ARTÍCULO 29°. Administración del régimen subsidiado	Gobierno Nacional	Marzo de 2011
ARTÍCULO 110°. Informe del estado actual de las entidades promotoras de salud	Gobierno Nacional	Abril de 2011
ARTÍCULO 80°. Determinación del riesgo de las empresas sociales del estado	Ministerio de la Protección Social	Mayo de 2011
ARTÍCULO 81°. Adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero	Ministerio de la Protección Social	Mayo de 2011
ARTÍCULO 23°. Gastos de administración de las entidades promotoras de salud	Gobierno Nacional	Julio de 2011
ARTÍCULO 24°. Requisitos del funcionamiento de las entidades promotoras de salud	Gobierno Nacional	Julio de 2011
ARTÍCULO 26°. Comité Técnico- Científico de la entidad promotora de salud	Gobierno Nacional	Julio de 2011
ARTÍCULO 27°. Creación de la junta técnica científica de pares	Gobierno Nacional	Julio de 2011
ARTÍCULO 31°. Mecanismo de recaudo y giro	Gobierno Nacional	Julio de 2011



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

TEMA ARTÍCULO	RESPONSABLE	FECHA
de los recursos del régimen subsidiado		
ARTÍCULO 50°. Fondo de salvamento y garantías para el sector salud (FONSAET)	Gobierno Nacional	Julio de 2011
ARTÍCULO 62° y 64°. Conformación y articulación de redes integradas de servicios de salud	Ministerio de la Protección Social	Julio de 2011 Agosto de 2011
ARTÍCULO 2°. Orientación del sistema general de seguridad social en salud	Gobierno Nacional	Septiembre de 2011
ARTÍCULO 107°. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud	Ministerio de la Protección Social	Septiembre de 2011
ARTÍCULO 108°. Indicadores en salud	Ministerio de la Protección Social	Septiembre de 2011
ARTÍCULO 5°. Competencias de los distintos niveles de la administración pública	Gobierno Nacional	Octubre de 2011
ARTÍCULO 8°. Observatorio Nacional de Salud	Gobierno Nacional	Octubre de 2011
ARTÍCULO 56°. Pagos a los prestadores de servicios de salud	Ministerio de la Protección Social	Octubre de 2011
ARTÍCULO 57°. Trámite de glosas	Gobierno Nacional	Octubre de 2011
ARTÍCULO 76°. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las empresas sociales del estado	Ministerio de la Protección Social	Octubre de 2011
ARTÍCULO 10°. Uso de los recursos de promoción y prevención	Gobierno Nacional	Diciembre de 2011
ARTÍCULO 14°. Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad	Gobierno Nacional	Diciembre de 2011
ARTÍCULO 25°. Actualización del plan de beneficios	Gobierno Nacional	Diciembre de 2011
ARTÍCULO 72°. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales	Ministerio de la Protección Social	Diciembre de 2011
ARTÍCULO 85°. Saneamiento de aportes patronales	Ministerio de la Protección Social	Diciembre de 2011
ARTÍCULO 6°. Plan Decenal para la Salud Pública	Ministerio de la Protección Social	Enero de 2012
ARTÍCULO 11°. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención	Gobierno Nacional	Enero de 2012
ARTÍCULO 12°. De la atención primaria en salud	Ministerio de la Protección Social	Enero de 2012
ARTÍCULO 15°. Equipos básicos de salud	Ministerio de la Protección Social	Enero de 2012
ARTÍCULO 32°. Universalización del aseguramiento	Gobierno Nacional	Enero de 2012
ARTÍCULO 75°. Metodología de reporte de ingresos, gastos y costos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud	Ministerio de la Protección Social	Enero de 2012
ARTÍCULO 22°. Portabilidad Nacional	Gobierno Nacional	Reglamentación: Marzo de 2012. Entra en vigencia: Junio de 2013
ARTÍCULO 113°. Sistema de Información Integrado del Sector Salud	Ministerio de la Protección Social	Enero de 2013

Fuente: Ministerio de la Protección Social

En el plano local la Secretaría de Salud de Bogotá, D. C., ha encontrado los siguientes aspectos como prioritarios para su reglamentación:

- Requisitos para la habilitación de los equipos básicos de salud y los mecanismos de interacción institucional entre los mismos.
- Criterios para la habilitación de redes, por ser un requisito indispensable para la contratación de servicios de salud.
- Permanencia de los beneficiarios en el régimen subsidiado luego de contratación laboral.

- Definición del mecanismo simplificado que deberán utilizar las EPS para la afiliación inicial de las personas sin capacidad de pago.
- Reglamentación para el desarrollo de las funciones de inspección, vigilancia y control delegadas por la Superintendencia Nacional de Salud a través del convenio interadministrativo, mientras las entidades territoriales se acreditan en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Actualmente se comienza a producir la reglamentación prevista en la Ley; es así como se expidió el Decreto 971 de 31 de marzo de 2011, mediante el cual se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud y se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; en desarrollo de este decreto el Ministerio expidió la Resolución 1238 de 2011⁷.

2.4 EFECTOS EN LOS ENTES TERRITORIALES

Son varios los tópicos a reglamentar como se comentó anteriormente; sin embargo, existen aspectos de inmediata ejecución que pueden afectar a los entes territoriales. Se destacan situaciones como:

Prestación de Servicios

Para los usuarios resulta benéfica la eliminación de multas por inasistencia a citas médicas. La conformación de un plan de beneficios especial y diferenciado por ciclo vital para niños, niñas y adolescentes resalta la prevalencia en la atención para esta población. En Bogotá ya se han dado beneficios como la gratuidad para en la atención de personas menores de 5 años que pertenezcan al régimen subsidiado y estén clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN.

Lo anterior debe complementarse con la gratuidad de servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante de SISBEN 1 y 2, en lo correspondiente a la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios. Esto supone la consecución y apropiación de los recursos pertinentes.

Salud Pública

Afectará en la medida que se vayan definiendo las estrategias de implementación de la APS y la prestación de servicios por redes. En el caso de Bogotá, ya se tiene

⁷ Por la cual se dictan disposiciones referentes al pago de los servicios de salud por parte de las Entidades Territoriales de más de cien mil (100.000) habitantes y las Entidades Promotoras de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud.

un importante camino recorrido con la ejecución de estrategias de salud a su casa, salud al colegio y salud al trabajo. La definición de los estándares de habilitación de los equipos básicos de salud debe propiciar el ajuste a los nuevos requerimientos en caso que sobrepasen los que actualmente maneja la Secretaría de Salud de Bogotá.

Se establece que los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el MPS para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de APS.

En general se mantiene el mismo contexto que actualmente se da, hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de salud pública y las de promoción y prevención.

Para el desarrollo de la APS el MPS deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos, tarea que no parece ser de corto plazo.

Aseguramiento y administración régimen subsidiado

Junto al tema de salud pública, estos asuntos son los de mayores novedades, aunque existen varios aspectos por reglamentar.

Entre los temas desarrollados por la Ley, resulta preocupante el mecanismo establecido para asegurar a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, en vistas a alcanzar la universalización. En efecto, el artículo 32 señala el procedimiento de afiliación cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado y en sus apartes dispone que la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud.

Esto puede propiciar una selección arbitraria por parte de las EPS atendiendo a criterios como la edad del paciente, enfermedades de alto costo, entre otros.

En cuanto a la administración y recursos del régimen subsidiado quedan pendientes asuntos de reglamentación, que afectan a los entes territoriales. Entre los aspectos de interés, está los mecanismos de calificación a los entes territoriales, EPS y ESE. Cada cuatro años el gobierno nacional hará una evaluación integral del SGSSS con base en indicadores (soportados en criterios técnicos). Cuando los resultados sean deficientes el MPS y la Supersalud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

De otra parte, uno de los cuestionamientos ha sido la intermediación por parte de las EPS del régimen subsidiado, pero parece perfilarse la idea que este régimen se maneje de manera similar al contributivo, con lo cual se estaría de hecho más bien señalando que la intermediación cuestionable es por parte de los entes territoriales, al eliminarse la contratación con las EPS.

Esto se soporta en el hecho que, en el artículo 29 se restringe la administración que los entes territoriales tienen del régimen subsidiado a seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al plan de beneficios.

En cuanto al control, se fortalece a la Superintendencia Nacional de Salud, que podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital mediante convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de salud acreditadas en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; esto obligaría a los entes territoriales a impulsar el proceso de acreditación, que en las normas vigentes sobre la materia lo establecía como proceso voluntario⁸.

Igualmente se afectan los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección vigilancia y control en las entidades territoriales, ya que se incrementarán del 0.2% al 0.4%, y son descontados de los recursos que del Sistema General de Participaciones para Salud se destinen a los subsidios a la demanda o de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Instituciones Prestadoras de Servicios

Antes de la expedición de la ley, una nueva IPS podía prestar servicios con el registro en la SDS en la Dirección de Servicios y posteriormente se realizaba visita de verificación para proceder a su habilitación. Con la Ley 1438 y, a partir de su vigencia, toda nueva Institución Prestadora de Salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar dicha verificación. Así las cosas, se puede prever demora en la puesta en funcionamiento de nuevas entidades interesadas en prestar servicios de salud, si se tiene en cuenta que deben surtir este proceso de habilitación unidades pequeñas como consultorios, vehículos de transporte de pacientes, hasta instituciones complejas como centros hospitalarios.

⁸ Título V, artículo 41 Decreto 1011 de 2006 “ Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Empresas Sociales

Entre otros asuntos, mediante el artículo 70 de la Ley 1438, se introducen modificaciones en la conformación de las juntas directivas de las empresas sociales del estado; al respecto la Secretaría Distrital de Salud expidió la Circular No. 005 de 22 de febrero de 2011, donde afirma que el referido artículo no exige el cumplimiento de requisitos ni reglamentación, sino que se trata de una declaración sobre la nueva situación o relación jurídica de los miembros de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad. Señala que la composición de la Junta Directiva se mantendrá en los términos señalados por el artículo 11 del Decreto 1876 de 1994, hasta tanto se adopte por parte del Ministerio de la Protección Social el respectivo reglamento.

Puede resultar favorable la política de incentivos, mediante la cual se ofrece por parte del gobierno nacional créditos condonables y otros estímulos para dotación tecnológica y capacitación del talento humano a las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad.

La calificación y categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado se realizará por parte del Ministerio de la Protección Social que determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social. Lo importante es que se tiene en cuenta las variables que afectan la estructura de costos, incluyendo la cartera total, ya que en los decretos de emergencia social, al momento de calificar el riesgo, únicamente se estaba considerando la relación entre recaudo y compromisos.

A partir del 1º de julio de 2013, las IPS no podrá vincular personal misional permanente mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral; Así, se busca mejorar las condiciones laborales de este personal.

COMENTARIOS FINALES

El gobierno nacional se encuentra en un proceso de reestructuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud para enfrentar situaciones críticas del mismo tales como el desfinanciamiento del sistema; la prestación de servicios no cubiertos en los planes de atención; el propósito de universalización en el aseguramiento, los obstáculos en la atención y en el flujo de recursos; las dificultades laborales de los profesionales de la salud; la regulación de los costos

de los medicamentos; la necesidad de fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control.

En este sentido, se expidió la Ley 1438 de 2011 que tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Algunos de estos aspectos se comenzarán a aplicar a partir de 2012, como el plan decenal cuyo primer documento deberá ponerse en vigencia en el año 2012; el porcentaje de gastos de administración de las EPS, cuya reglamentación se reglamentará para que el porcentaje máximo del 10% entre a regir a más tardar el primero de enero de 2013; Los distritos y los municipios de más de cien mil habitantes podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido por el gobierno nacional; a más tardar en el año 2015, el 80% de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se destinarán al régimen subsidiado; se podrá hacer contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, sobre la base de indicadores de resultados basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y rendición pública de cuentas, hasta el año 2013; se da un plazo de 12 meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social; la articulación del sistema de información deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012; la historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013.

Con fecha de cumplimiento anterior, se estableció que el Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del 1° de diciembre de 2011.

El Ministerio de la Protección Social expidió un cronograma de reglamentación de la Ley que se extiende desde marzo de 2011 hasta enero de 2012, dada la cantidad de temas objeto de este proceso. Dichas reglamentaciones deben ser objeto de seguimiento por parte de los entes territoriales dado el impacto que van a ir generando en las competencias a cargo de ellos, en especial en asuntos de mayor relevancia como la política de salud pública, la administración del régimen subsidiado, el control a prestadores de servicios.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento suscrito por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE con la Contraloría de Bogotá, D. C., corresponde a lo observado en auditorías gubernamental con enfoque integral modalidad regular de vigencias fiscales 2003, 2004, 2006, 2008 y 2009. Con corte a 31 de diciembre de 2010 el Plan de Mejoramiento presenta un total 154 acciones correctivas para 137 Hallazgos de auditoría manifestados.

CUADRO 2
OBSERVACIONES PLAN MEJORAMIENTO

COMPONENTE INTEGRALIDAD	CANTIDAD	CUMPLIDAS	CUMPLIDAS PARCIALMENTE	NO CUMPLIDAS
Control Interno	11	11	0	0
Estados Contables	82	74	8	0
Plan de Desarrollo-Balance Social	19	17	2	0
Contratación	5	5	0	0
Gestión Ambiental	18	18	0	0
Presupuesto	1	0	1	0
Acciones Ciudadanas	1	1	0	0
TOTAL	137	126	11	

Fuente: Plan de Mejoramiento HOK y Papeles de Trabajo.

Efectuado el seguimiento y la verificación de las acciones propuestas e implementadas, se obtuvo una calificación promedio de 1,91 con un porcentaje de cumplimiento del 95.5% ubicándola dentro del rango como eficaz (Ver anexo 4.2).

3.2 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Durante el año de 2010, la entidad continuó desarrollando y sosteniendo el Modelo Estándar de Control Interno "MECI", en los tres Subsistemas, Componentes y Elementos que lo integran.

En el desarrollo de la auditoría, se adelantó la aplicación del cuestionario de Control Interno y la verificación del cumplimiento de los componentes y elementos del MECI en las áreas de: Oficina de Control Interno, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Calidad, Oficina de Atención al Usuario, Subgerencia Administrativa y Gestión Ambiental, resultando de esta evaluación una calificación del Sistema de Control Interno de 4.07, la cual lo ubica en un nivel de riesgo bajo.

3.2.1 Subsistema Control Estratégico

El subsistema de control estratégico obtuvo una calificación de 4.05, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.1.1 Componente Ambiente de Control

Código de Ética, la entidad mediante Resolución 468 del 21 de septiembre de 2009 adopto el Código de Ética del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E., en este instrumento se ostenta los valores y principios que deben interiorizar los servidores de la entidad en el proceder y desarrollo de sus funciones, el código se ha difundido por correo interno, por la Intranet, como protector de pantalla en los monitores, a través de capacitación, en los comités y en la inducción que se da funcionarios que ingresan a la entidad.

Capacitación, la Subgerencia Administrativa área de Talento Humano para el año 2010, formuló el Plan de Capacitación el cual lo elaboro de forma general, sin puntualizar que capacitaciones se iban adelantar durante la vigencia fiscal.

3.2.1.1.1 Se evidenció que los funcionarios no participaron en la formulación de las necesidades de capacitación y no se enteraron de esta en la vigencia auditada. De otra parte no se estipula que actividades de inducción y reinducción se adelantarían, es de resaltar que durante la vigencia 2010 y en cumplimiento de los convenios que el Hospital desarrolla con instituciones educativas, se adelanto con la Universidad del Bosque especialización en docencia para profesionales que laboran en la parte misional de la Entidad; comprobado el informe de capacitación 2010 de la Subgerencia Administrativa, en este no se refleja esta capacitación y no se registra la universidad como entidad capacitadora, el número de funcionarios capacitados y el número de actividades realizadas, no se reseña la inducción y reinducción cumplida. Lo que muestra debilidad en el Plan de Capacitación del Hospital al no presentar integralmente las actividades de capacitación realizadas. De esta situación se puede intuir que el proceso de capacitación no se esta dando de manera formal y por consiguiente se limita la participación de los funcionarios en este proceso.

Por consiguiente no se dio formalmente cumplimiento al Decreto 1567 de 1998 Artículo 6 Ordinal d) *“Todos los procesos que hacen parte de la gestión de capacitación, deben contar con la participación activa de los empleados”* y Artículo 7 *Programas de Inducción y reinducción. Los planes institucionales de cada entidad deben incluir obligatoriamente programas de inducción y de reinducción, los cuales se definen como procesos de formación y capacitación dirigidas a facilitar y a fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional”*.

Estímulos a Funcionarios, el hospital en la vigencia 2010 formuló el plan de bienestar e incentivos 2010, en el cual estableció programas relacionados con

estímulos para reconocer y premiar el buen desempeño de los funcionarios de Carrera Administrativa, con el propósito de elevar los niveles de satisfacción motivación que favorezca el clima y desarrollo laboral.

3.2.1.1.2 Política de estímulos a Funcionarios, no se evidenció que para el año 2010 se hubiera generado acto administrativo de reconocimiento por el buen desempeño para los empleados de carrera administrativa de la entidad, de los niveles profesional, técnico, operativo, mejor funcionario de libre nombramiento y remoción y para los mejores equipos de trabajo.

De otra parte, el hospital otorgó en el año 2010 a funcionarios, un incentivo a través de COMPENSAR, este premio la entidad lo supeditó al proceso de certificación que la Secretaria Distrital de Salud adelanta en los hospitales del Distrito dentro de proceso de Habilitación que las ESEs deben cumplir. Los funcionarios fueron seleccionados por la Oficina de Calidad en unión con los Subgerentes Administrativo y de Prestación de Servicios; sin embargo este reconocimiento no obedeció a una programación previa que se refleje en el Plan de Bienestar e Incentivos del Hospital Occidente de Kennedy aprobado para el año 2010.

Por consiguiente no se está dando cumplimiento a lo regulado en el Decreto 1227 de 2005 Artículos 77 y 78 capítulo II – Sistemas de Estímulos.

La calificación obtenida en éste componente fue de 4.20, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

La Entidad cuenta con herramientas de planeación y control, con el Acuerdo 016 del 13 de noviembre de 2008 de la Junta Directiva del hospital, se armonizó el Plan Estratégico y el Plan de Desarrollo 2008 - 2012, en este documento se define la misión, visión, los principios y valores, se determinaron tres objetivos estratégicos y la estructura del plan de desarrollo. Las áreas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos formulan un Plan Operativo Anual (POA), en el cual se determinan los objetivos específicos, los cuales se cumplen y se miden a través de metas e indicadores, las actividades desarrolladas se reportan periódicamente a la Oficina de Planeación, esta herramienta es utilizada como medio de autocontrol para medir y regular la gestión desarrollada por las dependencias.

No obstante no se evidenció el seguimiento a los indicadores de Uso Eficiente del Agua, Energía, Residuos No convencionales, Residuos Convencionales y Reciclaje para implementar acciones tendientes a su cumplimiento.

Se debe proceder con más rigor en el seguimiento y análisis del POA que presentan las dependencias, ya que se evidenció que algunos resultados de las

actividades realizadas se reportan de forma incompleta y sin mayor análisis como por ejemplo en la Gestión Ambiental.

La gestión ambiental de la entidad no cumple con la totalidad de las actividades de los planes, programas y proyectos, falta autocontrol y seguimiento. En los informes y visitas se evidencia que algunos documentos adolecen de la información necesaria para el seguimiento de los programas ambientales

Evaluación cumplimiento Norma de calidad NTCGP 1000:2004

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, el Hospital Occidente de Kennedy viene trabajando con un modelo operacional por procesos como guía rectora del sistema de calidad, para lo cual determinó y aprobó el mapa de procesos según Acta de Comité Directivo del 27 de octubre de 2008, el mapa se encuentra distribuido así: Macroproceso Estratégico, Macroproceso Misional cada uno con cinco procesos, Macroproceso de Apoyo con seis procesos, un proceso de Atención al Usuario y un proceso de Control, Seguimiento y Evaluación, para un total de dieciocho procesos que conforman el mapa de procesos.

3.2.1.2.1 La Misión y Visión enunciada en el Plan Estratégico de la vigencia 2008-2012 del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, hace énfasis en la vocación del hospital frente a la actitud de servicio y vocación docente para el entrenamiento de formación universitaria e investigación; la entidad viene celebrando convenios de docencia - servicio con Instituciones Universitarias en los programas de pregrado y postgrado, igualmente se creó el Comité Docente Asistencial conforme al Decreto 190 de 1996 capítulo II Artículo 7 y el procedimiento relacionado con los convenios hace parte del proceso Gestión Ambiental. Sin embargo en el proceso y en las políticas de Gestión Humano, en la caracterización del proceso no se determinó las entradas y salidas de los Convenios de la Relación Docencia Servicio al igual que no se definió la política.

De otra parte los procedimientos de gestión ambiental no se encuentran actualizados y documentados. Por consiguiente no se está dando cumplimiento con Artículo 2° ordinal *h*. “*Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características*”, Artículo 4° ordinal *b*. “*Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos*” Ley 87 de 1993.

GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

El Hospital de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, viene desarrollando los componentes de Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento Continuo, Sistema de información y Sistema Único de Acreditación, con esta implementación se persigue el mejoramiento continuo de la calidad y de los procesos de atención al cliente. La

Oficina de Calidad y Atención al Usuario ha designado facilitadores para cada componente con el propósito de brindar un acompañamiento a los líderes y responsables de cada proceso.

En éste proceso se ha venido surtiendo las actividades programadas de acuerdo con el proyecto de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para el mejoramiento en la prestación de servicios de salud del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, para monitorear el estado de avance se realiza seguimiento y reuniones periódicas con cada grupo gestor para abordar temas relacionados con el desarrollo, dificultades presentadas y temas especiales, en el desarrollado de los componentes se ha realizado las siguientes actividades:

Componente sistema único de habilitación, la Oficina de Calidad y Atención al Usuario, realizó la ejecución de un ciclo completo de auditorias y seguimientos durante la vigencia 2009 y 2010 a los diferentes servicios del Hospital, logrando un cubrimiento del 100%.

Componente de auditoria para el mejoramiento continuo de manera articulada con los otros sistemas que componen el Sistema Integrado de Gestión del Hospital, se abordó la implementación de los Estándares del Sistema Único de Acreditación, en el desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, aplicando la metodología establecida por la Secretaria Distrital de Salud en las *"Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007"*.

Componente sistema de información para la calidad, lo liderada la Oficina de Planeación con el apoyo de la Oficina de Calidad. Se ha cumplido en un 100%, con el reporte a la Superintendencia de Salud de los Indicadores de mayor relevancia para la gestión clínica.

Componente sistema único de acreditación, la implementación de este componente se ha desarrollado a través de la ejecución de las etapas de auto evaluación, priorización de procesos, formulación y evaluación de planes de mejoramiento y programa seguridad del paciente. Como formación para fortalecer a los grupos de trabajo se vienen adelantando diplomados sobre el Sistema Único de Acreditación.

La calificación obtenida en éste componente fue de 4.10, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.1.3 Administración del Riesgo

La entidad cuenta con un manual de manejo de riesgos, el cual fue aprobado por la Gerencia el 3 de diciembre de 2010, en esta herramienta se orienta y define los lineamientos para la implementación y desarrollo de la política de administración del riesgo de conformidad con el Modelo Estándar de Control Interno MECI, de

otra parte se pretende que en la entidad se contextualice frente a la identificación, análisis, valoración, manejo de los riesgos institucionales y se oriente a los responsables acerca de las acciones para el manejo y mitigación de las situaciones potenciales que puedan incidir en el cumplimiento de los objetivos.

Se cuenta con mapas de riesgos por procesos actualizados y aprobados por la Gerencia el 7 de enero de 2011, en este se identificaron y consignaron situaciones potenciales no deseadas para dar el manejo pertinente, en el Mapa de Riesgos se analizó la probabilidad de ocurrencia, el impacto y se priorizaron de acuerdo a su probable ocurrencia.

Sin embargo hay riesgos que manifiestan los Funcionarios del hospital tener en sus dependencias y no están incluidos en el mapa, como en el caso de Gestión Ambiental, además que falta divulgación de esta herramienta, en razón a que algunos servidores entrevistados no identifican el Mapa de Riesgos actualizado y manifestaron desconocer el del proceso al cual contribuyen con su trabajo. De otra parte se debe dejar trazabilidad sobre el seguimiento efectuado a los riesgos determinados y que han sido objeto de seguimiento periódico por parte del responsable y/o la Oficina de Control Interno.

La calificación obtenida en éste componente fue de 3.86, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.2 Subsistema Control de Gestión

El subsistema de gestión obtuvo una calificación de 4.12, interpretado con un nivel de riesgo bajo.

3.2.2.1 *Actividades de Control*

El esquema organizacional, está determinado como se reseña en el organigrama, en éste se identifica las áreas que integran la estructura del Hospital.

Las políticas de operación están declaradas para 11 procesos y aun faltan definir 7 políticas, teniendo presente que el Mapa de Procesos lo integran 18 procesos; han sido difundidas en reuniones que se hacen en las dependencias, en capacitaciones y a través de la página de la Entidad.

Se cuenta con el manual de procedimientos, se han venido ajustando y levantando, de acuerdo con el mapa de procesos y con las necesidades de cada área; esta acción se ha seguido adelantando de conformidad con los cambios que se han venido surtiendo en la entidad.

Sin embargo, tanto las funciones del Comité de Gestión Ambiental y del Gestor Ambiental, están adoptadas mediante Resolución, mientras que en las ordenes de prestación de servicios del Referente Ambiental no están definidas todas las funciones que le corresponden desarrollar, situación similar se evidenció en las

minutas de los trabajadores por orden de prestación de servicio en lo relacionado con el PIGA y/o PGIRH.

3.2.2.1.1 Se evidenció, que en los procedimientos el alcance determinado no es consecuente con las actividades que se contemplan y que se desarrollan en la aplicación de estos, como se constató en los procedimientos de: Seguimiento Ejecución de los Planes de Acción de los Mecanismos de Participación, Capacitación Participación Social, Encuestas de Satisfacción, esta falencia no contribuye a reducir el impacto que pueden generar las situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento de las actividades determinadas en los procedimientos. Por consiguiente no se está dando cabal cumplimiento, al numeral 2.1.5. Manual de procedimientos del Decreto 1599 de 2005 .

Actas, se cuenta con un registro estandarizado para levantar las actas, sin embargo esta herramienta de evidencia y control, no se esta utilizando de manera apropiada al observarse que en algunas actas no se registra el nombre de la reunión, el numero del acta, no firman todos los participantes, algunos no asisten como en el caso de Salas de Cirugía y si se dejan observaciones estas no son objeto puntual de seguimiento en el acta siguiente, hechos que se presentan en las actas del Comité de Gestión Ambiental.

El componente obtuvo una calificación de 4.00, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.2.2 Información

Se maneja Información primaria, esta es utilizada en la operación y cumplimiento de las funciones que le corresponde al hospital. Se cuenta con el normograma por procesos en el cual se incluyen las normas y leyes que se debe tener presente en su función que le corresponde; esta herramienta le permite a la entidad deslindar su ámbito de aplicación y responsabilidad y tener una perspectiva más clara sobre la actualidad de las normas vigentes. Sin embargo, la actualización de esta herramienta debe ser oportuna en cuanto a la incorporación de nuevas normas y retiro de las ya derogadas.

En información secundaria, se cuenta con actos administrativos adoptados, como son los manuales de procesos y procedimientos, manual de funciones, acuerdos y resoluciones; los cuales son divulgados a los funcionarios en las reuniones y capacitaciones; además dependiendo su naturaleza se insertan en la pagina Web del Hospital para consulta de funcionarios y ciudadanía en general.

3.2.2.2.1 Las Tablas de Retención Documental del Hospital, fueron aprobadas mediante Acta N°31 de Comité de Archivo Central de l 28 de septiembre de 2010, se observó que los registros y documentos que se manejan en las dependencias no se encuentran identificados y relacionados con los códigos, series y subseries, que se deben aplicar para identificar los archivos de gestión en cada una de estas

dependencias, como se constató en: las carpetas, actas, consecutivo de comunicaciones oficiales, acuerdos e informes entre otros archivos que se llevan en las áreas; esta situación se presenta a pesar de las capacitaciones adelantadas, de los procedimientos establecidos, de las guías elaborados y de las actividades adelantadas por la Oficina de Estadística y Gestión Documental.

De otra parte se observaron cajas que contienen archivos en: el Laboratorio con documentos de los años 2008. Foto 67, en la Oficina de Patología (ocho) Ver foto 80 y en la Farmacia en un cuarto ubicados en estantes donde además de otros elementos se encontrón documentos en A-Z, carpetas y sueltos de varios años que no cumplen con los parámetros de archivo, ni han sido objeto de depuración para enviarlos al archivo central.

No se está cumpliendo con el artículo 24 de la Ley 594 de 2000, por la cual se regula la elaboración y aplicación de las Tablas de Retención Documental, para las unidades administrativas de las entidades públicas y con lo estipula el Acta de Comité de Archivo Central N°. 31 del 28 de septiembre de 2010.

El componente obtuvo una calificación de 4.03, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.2.2 Comunicación pública

En cuanto a la comunicación pública, la entidad cuenta con la Oficina de Calidad y Atención al Usuario; el Proceso de Atención Usuarios, a través de ésta da lineamientos en lo relacionado con la ciudadanía y manejo de las formas de participación social con las asociaciones de usuarios del Hospital Occidente de Kennedy y la operación del Comité de Ética Hospitalaria. Para la atención a los usuarios se cuenta con una coordinadora y 11 trabajadoras sociales; la coordinación de esta dependencia direcciona las peticiones, quejas y reclamos las cuales son contestadas de manera controlada y oportuna de conformidad con los parámetros y el aplicativo de la Alcaldía Mayor de Bogotá, sistema SQS. Es de precisar que en algunas respuestas a los quejosos, se indica que se adelantaran acciones de mejora, sin embargo no se esta dejando evidencia o trazabilidad de las acciones emprendidas.

La entidad da a conocer el portafolio de servicios en carteleras, boletines y la página Web, donde se dispone de un Link de Servicio al Ciudadano en el cual se brinda orientación, además se cuenta con la línea telefónica 195 a través de esta se brinda información y se da orientación; otros espacios donde se participa con la ciudadanía, es en la rendición de cuentas y en el Comité de Participación Social, en estas instancias interactúan directivos y la ciudadanía.

El componente comunicación con una calificación de 4.32, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.3 Subsistema Control de Evaluación.

Este subsistema obtuvo calificación de 4.08, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.2.3.1 Autoevaluación

La entidad cuenta con la Resolución N° 000045 del 21 de febrero de 2006, mediante la cual adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y en el Artículo 20 el Comité de Coordinación de Control Interno, como el órgano del más alto nivel jerárquico encargado de impulsar y auto evaluar en la organización el Sistema de Control Interno, este comité ha venido operando en el hospital, en el año 2010 se reunió doce veces, en éstas actas se presentó el resultado de las auditorías tanto internas como externas y el avance del plan de mejoramiento.

El hospital cuenta con la Oficina de Control Interno y está ubicada en el nivel asesor, es la encargada de adelantar las evaluaciones independientes y de evaluar el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno en la entidad, para desarrollar los roles que le corresponde se cuenta con un jefe, dos profesionales y un tecnólogo. Es necesario que Control Interno evalúe la Gestión Ambiental en la entidad, en razón a las falencias presentadas.

3.2.3.1.1 El Comité Coordinador de Control Interno del Hospital Occidente de Kennedy, viene operando sin un reglamento interno y a las reuniones del comité no asisten todos los funcionarios relacionados en el acto administrativo de creación. El Comité Coordinador de Control Interno, es el escenario en el cual se garantiza la operacionalización de las acciones necesarias para el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno MECI, como se establece en los Decretos 1826 y 2145 de 1999, deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones en este establecidas.

Por consiguiente no se está dando cumplimiento al Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 Numeral 5.3 Comité Coordinador de Control Interno y al artículo 13 de la Ley 87 de 1993.

El componente autoevaluación con una calificación de 3.90, que representa un nivel de riesgo bajo.

3.3.3.2 Componente evaluación independiente

La Oficina de Control Interno, es del nivel asesor, es responsable de adelantar las evaluaciones al sistema de control interno y realizar el seguimiento a las acciones de mejora relacionadas en el Plan de Mejoramiento, para subsanar los hallazgos producto de auditorías externas e internas que se adelantan a los procesos y/o áreas que integran la entidad, con ello contribuye a garantizar el desarrollo e

implementación del Sistema de Control Interno. A través de estas actividades interactúa con los demás procesos que hacen parte de la estructura del hospital.

Las evaluaciones al Sistema de Control Interno en el año 2010, obedecieron una programación, la cual fue presentada y aprobada en comité, los resultados de las evaluaciones y los seguimientos al plan de mejoramiento se presentan al Comité Coordinador de Control Interno y a los responsables de los procesos para que implementen las acciones de mejora.

Se presenta debilidad en la divulgación de los hallazgos de auditorías internas, en razón a que estos no son socializados oportunamente por los responsables de las dependencias, a los funcionarios.

El componente evaluación con una calificación de 4.45, representa un nivel de riesgo bajo.

3.3.3.3 Planes de Mejoramiento

Con el resultado de los informes de los órganos de control de una parte y las auditorías internas y de acuerdo con las observaciones y/o hallazgos formulados, se generan los planes de mejoramiento, en los cuales la administración se compromete a ejecutar las acciones de mejora para subsanar lo observado, en esta herramienta se define: el responsable, las fechas de inicio, fecha de terminación y el análisis de seguimiento del estado de las acciones propuestas por la entidad.

El hospital cuenta con el plan de mejoramiento institucional, suscrito con la Contraloría de Bogotá, D. C. al cual le hace seguimiento y reporta periódicamente a la Contraloría a través del aplicativo correspondiente de conformidad con la norma vigente.

En cuanto al Plan de Mejoramiento por Procesos, este se levanta con las observaciones y no conformidades declaradas en los informes de auditorías internas y de calidad, las acciones de mejora son consignadas en una matriz y la Oficina de Control Interno hace el seguimiento respectivo al estado de las acciones propuestas para subsanar las observaciones. Se evidenció que los Planes de Mejoramiento por Procesos, no se están formulando para todos los procesos del Mapa de Procesos del Hospital Occidente de Kennedy y de otra parte un grupo significativo de Funcionarios desconocen esta herramienta.

Plan de Mejoramiento Individual, la evaluación del desempeño para funcionarios de carrera administrativa se realiza de conformidad con la normas y se califica dos veces al año concertando las actividades laborales y comportamentales del semestre, las evaluaciones del desempeño las consolida el área de Talento Humano; la evaluación del desempeño es uno de los insumos para la

conformación de acciones de mejora, es pertinente evaluar si producto de la evaluación se deben generar acciones de mejora en pro del mejoramiento individual del servidor público.

Este componente obtuvo una calificación de 3.75, que representa un nivel de mediano riesgo.

TABLA 1
AGREGACION GENERAL DE RESULTADOS
AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS	CALIFICACION	PROMEDIO	
1. CONTROL ESTRATÉGICO	1.1. AMBIENTE DE CONTROL	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	4.70	4.20	
		Desarrollo del Talento Humano	4.00		
		Estilos de Dirección	3.90		
	1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	1.2.	Planes y Programas	3.90	4.10
			Modelos de Operación por Procesos	4.20	
			Estructura Organizacional	4.10	
	1.3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	1.3.	Contexto estratégico	4.10	3.86
			Identificación de Riesgos	4.10	
			Análisis de Riesgos	3.70	
			Valoración de Riesgos	3.70	
Políticas de Administración de riesgos			3.70		
2. CONTROL DE GESTIÓN	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	Políticas de Operación	4.00	4.00	
		Procedimientos - Manual de Procedimientos	4.10		
		Controles	4.10		
		Indicadores	3.80		
	2.2 INFORMACIÓN	2.2	Información Primaria	4.20	4.03
			Información Secundaria	4.00	
			Sistemas de Información	3.90	
	2.3. COMUNICACIÓN PÚBLICA	2.3.	Comunicación Organizacional	3.95	4.32
			Comunicación Informativa	4.50	
			Medios de Comunicación	4.50	
3. CONTROL DE EVALUACIÓN	3.1. AUTOEVALUACIÓN	Autoevaluación de control	3.90	3.90	
		Autoevaluación de Gestión	3.90		
	3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	3.2.	Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno	4.50	4.45
			Auditoría Interna	4.40	
	3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	3.3.	Plan de Mejoramiento Institucional	4.30	3.75
			Plan de Mejoramiento por Procesos	3.45	
Plan de Mejoramiento Individual			3.50		
CALIFICACION CONTROL INTERNO				4.07	

Fuente: Cuestionarios de Evaluación – Equipo Auditor

3.2.4 Síntesis de la Evaluación

De la verificación de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en las áreas evaluadas y consolidada la información, el Sistema de Control Interno en el Hospital Occidente de Kennedy, arrojó un puntaje de 4.07, interpretado como un nivel de bajo riesgo en el de desarrollo y operación del Control Interno en la entidad.

3.3 EVALUACIÓN ESTADOS CONTABLES

Con el fin de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras en los Estados Contables presentados por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE, con corte a 31 de diciembre de 2010 y conceptuar sobre el sistema de control interno contable de conformidad con las normas de contabilidad prescritas por la Contaduría General de la Nación y demás disposiciones vigentes, aplicables al hospital, se desarrollaron los procedimientos contemplados en los respectivos programas, para lo cual se aplicaron en forma selectiva técnicas de auditoría, dirigidas a determinar si estos reflejan los hechos económicos, financieros y sociales en forma oportuna y útil. De acuerdo a la evaluación realizada se observó lo siguiente:

El Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención E.S.E., a diciembre 31 de 2010 presentó activos totales por valor de \$109.168.172.315, que comparado con la vigencia inmediatamente anterior muestra un incremento en cuantía de \$6.539.641.908 como resultado del incremento de las cuentas por cobrar. Así mismo, presentó pasivos totales por \$52.792.956.359, que comparados con los de la vigencia 2009 aumentaron en un 22.75% es decir \$9.786.854.378.

En lo referente a las cuentas de resultado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010, la entidad obtuvo ingresos por \$106.585.903.542 superiores a los obtenidos en la vigencia anterior en cuantía de \$9.995.439.980 equivalente al 10.34%. De la misma manera los costos y gastos presentaron incremento del 10.35% y se cuantificaron en \$106.006.645.087, generando una utilidad del periodo de \$579.285.455.

Como resultado del análisis y verificación de los registros contables y de conformidad con los programas de Auditoría aprobados en el Comité Técnico de la Dirección Salud e Integración Social y demás normas y procedimientos de auditoría generalmente aceptados, se evidenció lo siguiente:

Activos

Efectivo

En esta denominación se incluyen las cuentas representativas de los recursos de liquidez inmediata en caja, cuentas corrientes de ahorro y en fondos disponibles para el desarrollo de las funciones de cometido estatal de la entidad contable pública.

A diciembre 31 de 2010 el hospital Occidente de Kennedy III Nivel de atención Presento saldos como se muestra a continuación:

**CUADRO 3
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA EFECTIVO**

CUENTA	VALOR
Caja	14.484.948
Depósitos en Instituciones Financieras	4.171.454.784
TOTAL EFECTIVO	4.185.939.732

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2010.

Deudores- Servicios de Salud

Esta cuenta representa el valor de los derechos de cobro de la entidad originados en el desarrollo de sus funciones. A 31 de diciembre presentaba un saldo de \$54.402.416.288,57 discriminada así:

**CUADRO 4
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA DEUDORES
Servicios de Salud**

CUENTA	SALDO DIC. 31/10
SERVICIOS DE SALUD	54.402.416.288,57
Plan Obligatorio E.P.S.	7.974.592.198,95
Plan Subsidiado De Salud Eps-S	30.806.212.770,52
Empresa De Medicina Prepagada	186.385
Servicio Salud Aseguradoras	14.757.013
Otros Pagadores	6.057.435.211,1
Servicios De Salud E.S.E.	703.601.632
Servicios De Salud Entidades Con Régimen	297.546.675



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Atención Vinculados Cargo Subs De La Oferta	4.235.519.412
Riesgos Profesionales	72.086.164
Atención Accidentes De Transito Soat	4.240.478.827
Convenio Fosyga Trauma Mayor Y Desplaza	0
DEUDAS DE DIFICIL COBRO – Servicios de Salud	16.829.954.209
PROVISION PARA DEUDORES CR- servicios de Salud	15.236.074.695

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy.

De la verificación selectiva de los documentos soportes de los registros se estableció lo siguiente:

3.3.01. Verificado el estado de cartera por edades y deudores, el hospital a diciembre 31 de 2010 presenta un total de \$4.074.150.480, correspondiente a entidades en liquidación y otros pagadores pendientes de depurar, sobreestimando el saldo de la cuenta deudores así como resultado de periodos anteriores por cuanto estos no representan derechos ciertos para la entidad, en contravención al artículo 3ª de la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 y el numeral 4.2 de la Circular 01 de la Dirección Distrital de Hacienda. A continuación se discriminan las cifras pendientes de depurar:

CUADRO 5
CUENTAS PENDIENTE DE DEPURAR

(Cifras en pesos)

CUENTA	SALDO A DEPURAR
ARS liquidadas (código Cta. No. 14751112)	615.147.169
EPS liquidadas(código Cta. No. 14751113)	162.341.980
Otros pagadores liquidados(código Cta. No. 14751114)	2.799.968
Liquidadas en depuración(código Cta. No. 14751137)	1.034.459.901
SalDOS pendientes por depurar EPS (código Cta. No. 14751191)	547.820.686
SalDOS pendientes por depurar EPS (código Cta. No. 14751192)	942.658.225
SalDOS pendientes por depurar ASEGURADORAS (código Cta. No. 14751193)	7.488.525
SalDOS pendientes por depurar OTROS PAGADORES (código Cta. No. 14751194)	470.686.030
SalDOS pendientes por depurar ESES (código Cta. No. 14751195)	6.172.489

14751195)	
Saldos pendientes por depurar REGIMEN ESPECIAL (código Cta. No. 14751197)	51.943.059
Saldos pendientes por depurar ARP (código Cta. No. 14751198)	2.357.134
Saldos pendientes por depurar SOAT (código Cta. No. 14751199)	230.275.322
GRAN TOTAL	4.074.150.480

Fuente: Estado de cartera a diciembre 31 de diciembre de 2010

Avances y Anticipos Entregados

En la cuenta Avances y Anticipos para la adquisición de bienes y servicios se encuentran la suma de \$6.332.150 entregados a la firma Laboratorios Megamedical Ltda.

En la cuenta Otros Avances y Anticipos, se registra la suma de \$156.782,121 correspondiente a los anticipos entregados a los servidores públicos del régimen de retroactividad por concepto de cesantías, de acuerdo al informe presentado por la Sección de Talento Humano, con corte a Diciembre 31 de 2010.

CUADRO 6
AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS

CUENTA	SALDO DIC. 31/10
ANTICIPO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	6.332.150
OTROS AVANCES Y ANTICIPOS	156.781.121
TOTAL	163.113.271

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el estado de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2010.

Propiedades Planta y Equipo

En esta denominación se incluyen las cuentas que representan el valor de los bienes tangibles de propiedad de la entidad que se utilizan para prestación de servicios, la administración de la entidad y no están disponibles para la venta. A diciembre 31 de 2010 la cuenta Presenta saldo de \$ 16.993.278.680 discriminado como sigue:

CUADRO 7
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO

CUENTA	VALOR
Terrenos	169.480.000,00
Bienes Muebles En Bodega	1.026.214.018,00
Edificaciones	10.770.780.486,00
Maquinaria Y Equipo	190.333.978,00
Equipo Medico Y Científico	20.039.723.616,00
Muebles, Enseres Y Equipo De Oficina	1.355.146.139,00
Equipos De Comunicación Y Computación	2.201.859.175,00
Equipo De Transp.Traccion Y Elevación	398.800.000,00
Equipo De Comedor,Cocina,Despen.Y Hotel	252.147.495,00
Depreciación Acumulada	-19.411.206.227
TOTAL	16.993.278.680

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

3.3.02. Evaluada la cuenta de Propiedad Planta y Equipo y no obstante las gestiones adelantadas por la entidad, el saldo se encuentra sobreestimado en \$939.873.108, por concepto de elementos que se encuentran en bodega como inservibles pendientes de dar de baja, por lo consiguiente la cuenta depreciación acumulada también se encuentra sobreestimada en el mismo valor. Por lo anteriormente expuesto, se incumple con el numeral 23, capítulo III, título II del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública aprobado mediante Resolución 356 de 2007 expedida por el Contador General de la Nación y el numeral 5.6 de la Resolución 01 de 2001 de la Secretaria Distrital de Hacienda.

Pasivos

Cuentas por Pagar- Adquisición de Bienes Servicios

Representa el valor de las obligaciones que la entidad adquiere con terceros, relacionadas con las operaciones que lleva a cabo en desarrollo de sus funciones.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.
CUADRO 8

CONFORMACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR
Adquisición de Bienes Servicios

CUENTA	VALOR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	27.553.269.988
Prestamos interinstitucionales	164.470.858
Prestamos proveedores (Ins)	572.226.534
Préstamo proveedores (Med)	4.875.240.797
Prestamos interinstitucionales	96.359.780
Cuentas por pagar proveedores	21.844.972.019

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el estado de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2010.

Cuentas por Pagar – Avances y anticipos recibidos

En cuenta avances y anticipos recibidos se registra la suma de \$8.551.756, correspondientes a anticipos recibidos en el mes de diciembre de 2010 para la prestación de servicios de salud en desarrollo del Contrato 466 de 2007 celebrado con el Fondo Financiero Distrital de Salud.

Ingresos - Venta de Servicios de Salud

Representa el valor de los ingresos causados por el hospital, originados en la prestación de servicios de salud y conexos, en desarrollo de su objeto social

CUADRO 9
INGRESOS – VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

CUENTA	VALOR
Servicios De Salud	104.813.255.890,00
Urgencias- Consulta Y Procedimientos	10.118.394.130,00
Servicios Ambulatorios -Consulta Externa	8.518.749.120,00
Servicios Ambulatorios Salud Oral	8.810.591,00
Hospitalización Estancia General	78.826.530.573,00
Apoyo Diagnostico - Imagenología	311.633.194,00
Servicios Conexos A La Salud-Servicios D	1.265.958.497,00
Servicios Conexos A La Salud - Otros Ser	5.763.179.785,00

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

3.3.03. El hospital cuenta con facturación pendiente de radicar ante los pagadores en cuantía de \$2.682.759.532 afectando la liquidez de la entidad y generando incertidumbre en los resultados de periodos anteriores así como en el saldo de la cuenta deudores en el valor de esa facturación pendiente de radicar con atraso de más de cinco (5) años. Es de aclarar que la entidad no suministro información de facturación pendiente de radicar correspondiente a periodos anteriores a la vigencia 2006. Lo anterior en contravención a los artículos 38,39 y 40 del Decreto 050 de 2003, artículos 9, 10,11 y 12 del Decreto 3260 de 2004 vigentes en su momento, el artículo 21 del decreto 4747 de 2007 el inciso 4, artículo 7 del Decreto 1281 de 2002.

CUADRO 10
FACTURACIÓN PENDIENTE DE RADICAR
Cifras en pesos

VIGENCIA	VALOR
2006	372.766.048
2007	220.490.673
2008	649.451.211
2009	369.426.911
2010	1070.624.689
TOTAL	2.682.759.532

Fuente: Informe de la oficina de facturación H.O.K

Costos y gastos

Estos conceptos representan los insumos y demás gastos causados durante el Periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de de 2010 para la Prestación de los servicios de salud.

CUADRO 11
CONFORMACIÓN DE COSTOS Y GASTOS

CUENTA	VALOR
Gastos	20.796.343.088
Costos De Ventas Y Operación	85.210.301.999
TOTAL	106.006.645.087

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2010 del Hospital el occidente de Kennedy

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que estos fueron adecuadamente causados y que el saldo el saldo de la cuenta

alcanzado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010 se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2010.

Control Interno Contable

Como resultado de la evaluación del control interno contable, se evidenció que la entidad cuenta formalmente con una oficina de Contabilidad en cumplimiento del artículo 5º de la Ley 298 de 2000, con un Profesional Universitario como Coordinador del Área y un auxiliar, tiene definido procesos y procedimientos cuenta con los libros de contabilidad y realiza conciliación de operaciones reciprocas, sin embargo:

3.3.1.1. No se encuentran integradas las áreas que reportan información con contabilidad, por lo que ésta tiene que registrar en algunas ocasiones con base en planillas reportadas en Excel, teniendo que reprocesar nuevamente la información. Poniendo en riesgo la veracidad de la información por errores de digitación y por parte dado su volumen imposibilidad de de verificar por parte de contabilidad si en estos informes se están reportando la totalidad de movimientos.

En el área del activo

Se realizan conciliaciones bancarias y con las demás áreas que le reportan información, cuenta con un inventario físico de sus propiedades, planta y equipo, sin embargo aunque se han adelantado gestiones existen saldos en la cuenta deudores pendientes de depurar que no representan derechos ciertos para la entidad.

3.3.1.2 Como se observa en el siguiente cuadro a diciembre 31 de 2010 según registros contables, el hospital cuenta con glosa pendiente de contestar en cuantía de \$6.177.738.902, de los cuales \$169.172.616 tienen más de tres meses de atraso, afectando la liquidez de la entidad y contraviniendo lo preceptuado en el numeral 6 capítulo XIII del Manual de Procedimientos Contables expedido mediante Resolución 056 de 2007 del Contador General de la Nación y el numeral 4.2 de la Circular 01 de la Dirección Distrital de Hacienda.

CUADRO 12
INVENTARIO DE GLOSA A DICIEMBRE 31 DE 2010

(Cifras en pesos)

TIPO DE PAGADOR	GLOSA POR CONTESTAR A DICIEMBRE 31 DE 2010	DE 0 A 30 Días	DE 31 A 60 DIAS	DE 61 A 90 DIAS	DE 90 A 180 DIAS
Régimen Subsidiado	4.849.196.756	622.910.849	3.341.193.704	849.632.675	35.459.528
Régimen Contributivo					



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	341.272.391	58.562.295	140.675.099	95.021.841	47.013.156
Prepagada	186.385	0	186.385	0	0
Entes territoriales	189.435.201	12.094.805	104.916.371	71.005.051	1.418.974
IPS Privadas	7.860.283	1.281.500	0	6.578.783	0
Fuerzas Militares	8.423.855	1.725.768		1.353.312	5.344.775
TOTAL GENERAL	6.177.738.902	696.575.217	4.208.497.422	1.043.493.647	169.172.616

Fuente: Inventario de glosa a diciembre 31 de 2010

En el área del pasivo

3.3.1.3 Analizada composición de las cuentas por pagar se evidencia que el 20% de los compromisos adquiridos por concepto de bienes y servicios, equivalentes a \$5.447.467.331 pesos, corresponden a préstamos de proveedores de medicamentos e insumos hospitalarios. Al afectar las cuentas por pagar contraviene lo establecido en el numeral 3.2.14 la Resolución 01 de 2001 de la Secretaria de hacienda “*El responsable del Almacén y Bodega debe elaborar el ingreso y control, atendiendo las condiciones que se hayan pactado y evidenciado en un documento que legalice tal hecho, como acta, convenio, o contrato.*”

El ingreso de bienes producto de un préstamo no afecta las cuentas del balance de la entidad. Su registro se hará en una Cuenta de Orden Acreedora y el tratamiento será igual que para el caso de bienes recibidos de forma provisional, donde se refleje la responsabilidad por la tenencia del bien. Con la entrega o devolución del bien se cancelará la Cuenta de Orden.

El área responsable del control de inventarios abrirá carpeta de seguimiento y custodia de estos bienes, hasta realizarse la cancelación del contrato con la devolución de los bienes a quien hizo la entrega.

Todo bien recibido en préstamo debe utilizarse en la prestación del servicio para el cual fue solicitado y no debe reposar en bodega”

3.3.1.4. Según información suministrada por la entidad se evidencia cuentas por pagar por compra de bienes o servicios prestados con demasiada antigüedad, algunas desde la vigencia 2004, 2006, 2007 y 2008. Lo anterior en contravención a lo establecido el literal b, Artículo 4 de la Ley 87 de 1993

3.3.1.5 El hospital no ha adoptado un procedimiento administrativo a seguir para el recibo y registro de préstamos de proveedores por concepto de insumos

hospitalarios y medicamento los cuales ascienden al 20% del total del pasivo literal b, Artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

En las cuentas de resultado:

Los ingresos y los gastos se registran oportunamente aplicando el principio de causación. No obstante lo anterior no se radica la totalidad facturas ante los pagadores por falta de soportes. Lo anterior evidencia falta de controles.

3.3.1.6 Se evidencia deficiencias en el reporte de información así:

Diferencia entre la información suministrada a través de SIVICOF formato electrónico CB 0708, donde se reporta que la entidad cuenta con 111 impresoras mientras que en el inventario suministrado por la oficina de activos fijos el número de impresoras de la entidad es de 188.

Diferencia en el saldo registrado en contabilidad de (\$28.122.090) y lo reportado en el estado de cartera por deudor y edades a través de SIVICOF (\$28.949.303) correspondiente a CALISALUD EPS.

Al verificar la información de cartera por deudor y edades presentado por la entidad a través de SIVICOF, se evidencia deficiente clasificación por cuanto allí se relacionan como pagadores vigentes entidades liquidadas como es el caso de Salud Colombia en el régimen Contributivo y Etnofuturo entidad liquidada del régimen subsidiado.

Lo anterior en contravención a lo establecido en la Resolución 034 de 2009, capítulo IV, artículo noveno en lo referente a la veracidad de la información reportada a través de SIVICOF.

3.3.1.6 Control interno Contable

Una vez evaluados los componentes generales y específicos del control interno financiero, establecidos en el formulario No. 2 adoptado por la Resolución Orgánica 5993 de 2008 expedida por la Contraloría General de la Republica se conceptúa que el control interno Contable del Hospital Occidente de Kennedy III NA ESE es “**Confiable**”

Opinión Sobre los Estados Contables

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes, los estados contables, del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención E.S.E., presentan razonablemente, la situación financiera y los resultados de las operaciones, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de

diciembre de 2010, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente Contabilidad Generalmente Aceptados en Colombia.

3.3 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

La Junta Directiva del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención E.S.E., con el Acuerdo No. 015 del 20 de Octubre de 2009, emitió concepto favorable al Proyecto de Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones para la vigencia fiscal 2010, por valor de \$102.450.000.000, posteriormente, el Gerente de la ESE., con Resolución No. 599 del 31 de Diciembre de 2009, liquida el presupuesto de Rentas e ingresos y de Gastos e inversiones del Hospital, para la vigencia fiscal 2010, previa aprobación del Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal CONFIS, mediante la Resolución No. 022 de 2009.

Analizada la Ejecución de Ingresos y de Gastos e Inversiones del presupuesto para la vigencia fiscal 2010, se identificó que los ingresos del hospital, provienen en su mayoría de la venta de bienes y servicios hospitalarios.

Ejecución de ingresos

El presupuesto inicial del Hospital Occidente de Kennedy se estableció en \$102.450.000.000 representados en ingresos corrientes \$102.050.000.000 y por concepto de recursos de capital \$400.000.000. Se adicionaron recursos por \$22.565.155.813 de los cuales corresponden a la disponibilidad inicial \$545.894.447 y a los ingresos corrientes \$22.019.261.366, para un presupuesto definitivo de \$125.015.155.813, lo que refleja que el aforo inicial se incrementó en 18% durante la vigencia 2010.

Se aprobaron durante la vigencia 2010 cuatro adiciones en el presupuesto de ingresos por valor de \$22.565.155.813, en el rubro FFDS Atención a Vinculados se realizó una adición al contrato interadministrativo 466 de 2007 por \$10.600.000.000 y con base en lo establecido en el Acuerdo 006 de 2010 de la Junta Directiva del Hospital, se adicionaron \$6.986.415.519 correspondientes a *“la diferencia por apropiar existente entre el valor de los contratos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud y la apropiación registrada en el presupuesto de ingresos del Hospital desde la vigencia 2007 a 2010 de acuerdo al análisis seguimiento realizado por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de Salud”*, para un total en el rubro de vinculados de \$17.586.415.519.

Por concepto de los excedentes financieros y del Estado de Tesorería al cierre de la vigencia 2009, se adicionaron \$545.894.447 como disponibilidad inicial, en la cuenta presupuestal FFDS – APH se incorporaron recursos por \$1.419.807.869 provenientes del Convenio 001 de 2007, otra de las adiciones la presentaron en el rubro Cuentas por cobrar FFDS por \$2.927.468.258, valor que representa el saldo de cuentas por cobrar de otras vigencias y en la cuenta Otros convenios la suma



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

de \$85.569.720 cifra que procede del convenio interadministrativo con la Secretaria de Desarrollo Económico.

Se sustituyeron fuentes en la ejecución de Ingresos por \$9.350.192.130, disminuyendo el valor presupuestado en el Régimen subsidiado capitado por \$3.000.000.000 y en el Régimen subsidiado no capitado por \$6.350.192.130 y aumentando la cuenta FFDS-Vinculados para cumplir con la meta presupuestal.

CUADRO 13
PRESUPUESTO DE INGRESOS HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
VIGENCIA 2010

En pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO INICIAL	MODIFICACIONES ACUMULADAS	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDOS ACUMULADOS	% EJEC.
TOTAL DISPONIBILIDAD INICIAL + INGRESOS	102,450,000,000	22,565,155,813	125,015,155,813	96,484,573,673	77
DISPONIBILIDAD INICIAL		545,894,447	545,894,447	545,894,447	100
INGRESOS	102,450,000,000	22,019,261,366	124,469,261,366	95,938,679,226	77
INGRESOS CORRIENTES	102,050,000,000	22,019,261,366	124,069,261,366	95,905,806,455	77
RECURSOS DE CAPITAL	400,000,000		400,000,000	32,872,770.	0

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos vigencia 2010. SIVICOF. Hospital Kennedy III N.A.

En la evaluación a la ejecución activa se consideró el 20% de la venta de bienes, servicios y productos, de los rubros FFDS- Atención a vinculados con un presupuesto definitivo de \$48, 476,607,649 y el Régimen Subsidiado EPS no Capitado por \$28,699,807,870.

Los ingresos relacionados en el presupuesto definitivo por valor de \$125,015,155,813, presentaron la mayor participación con un 76%, por la venta de servicios de salud reflejados en \$94.782.918.597; las cuentas en orden de participación con asignación de recursos por este rubro fueron:

FFDS-Atención a Vinculados por \$48,476,607,649 el 38.77%, del total de los ingresos del período, Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con \$28.699.807.870 el 22.95%, las Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios registran un valor de \$22.927.468.258 el 18.33%, el FFDS – Venta de Servicios sin Situación de Fondos \$8,529,484,523, que representa el 6.82%, la cuenta Régimen Contributivo con \$5.500.000.000 el 4.39%, para las Cuotas de Recuperación y copagos se destinaron \$4,300,929,597 el 3.4% y para la cuenta FFDS – APH el 2.81% del total de los ingresos destinados

Con relación al nivel de ejecución de las cuentas presupuestales frente al recaudo acumulado de los ingresos durante la vigencia 2010, se destaca la cuenta FFDS-Atención a Vinculados, con el 97%, \$46,983,209,698, seguido del rubro, Cuentas por Cobrar Venta de Bienes, Servicios y Productos \$15,729,912,507 con el 69%.

Las cuentas que presentaron baja ejecución en el recaudo frente a las metas programadas fueron: Régimen Contributivo – EPS con un valor de \$1,617,065,282 el 29%, el Régimen Subsidiado – ARS no Capitado por un valor de \$13,255,367,218. El 46%, en las Cuentas por Cobrar Venta de Bienes, Servicios y Productos, los rubros Régimen Contributivo con \$15,729,912,507 (31%), y Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito – SOAT con un 34%, presentaron la ejecución más baja.

En la ejecución presupuestal de ingresos se evaluó el 20% del recaudo del rubro FFDS Atención a vinculados por representar el porcentaje con mayor ejecución durante el período, encontrándose que de un presupuesto definitivo de \$48,476,607,649, se recaudaron recursos por \$46,983,209,698 el 97%, realizadas las pruebas de auditoría a la relación presentada por cartera y a los recibos de caja con los soportes del pago en los meses de abril y diciembre de 2010, se evidenció que los valores reportados en la ejecución corresponden a los generados en los comprobantes. El recaudo durante la vigencia se perfeccionó por la ejecución de los contratos 466 de 2007 (adicionado y modificado hasta la vigencia 2010.) y el 1146 de 2009, suscritos con el FFDS y la ESE para la población vinculada y desplazados, respectivamente.

El rubro de vinculados fue adicionado por \$17.586.415.519 y se incrementó en \$9.350.192.130 como sustitución de fuentes, disminuyendo el presupuesto inicial en el Régimen subsidiado capitado en \$3.000.000.000 y en el Régimen subsidiado no capitado en \$6.350.192.130, para cumplir con la meta presupuestal con el 97%.

La cuenta presupuestal Régimen subsidiado – No Capitado, registró un presupuesto inicial de \$35.050.000.000 que fue contracreditado en \$6,350,192,130 como sustitución de fuentes para ser trasladados al rubro FFDS Atención a vinculados, lo que arrojó un presupuesto definitivo de \$28,699,807,870. Examinados los recaudos se determinó que la meta se cumplió en el 46% (\$13,255,367,218), ubicándolo en el tercer lugar del total recaudado durante la vigencia.

Las EPS – S que generaron mayores ingresos al hospital fueron: Salud Total, Ecoopsos, Solsalud, Humana Vivir, Colsubsidio, Unicajas y Caprecom, entre otras. Comparados los porcentajes recaudados de las vigencias 2010 (46%) y 2009 (54%), frente a las metas programadas se estableció que aunque la ESE ha tomado medidas para mejorar el flujo de recursos, la gestión durante la vigencia 2010 no fue la más eficaz, no obstante, la intermediación que efectuara la SDS mediante el mecanismo de giro directo a los hospitales de la red pública, a partir



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

del segundo semestre de 2010 con la suscripción de “ACTAS MESAS DE CONCERTACION FLUJO DE RECURSOS ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPS –S Y LOS HOSPITALES DE LA RED PUBLICA DISTRITAL”, con base en el Decreto Distrital 122 de 2007 y la Ley 715 de 2001, título III, capítulo II.

CUADRO 14
RECAUDO CARTERA
REGIMEN SUBSIDIADO NO CAPITADO
VIGENCIA 2010

En pesos

ENTIDAD	INFORME RECAUDO CARTERA 2010
1. SALUD TOTAL	7.200.198.131
2. ECOOPSOS	1.682.666.243
3. SOLSALUD EPS	1.269.249.949
4. HUMANA VIVIR	1.213.325.567
5. COLSUBSIDIO	1.054.475.021
6. UNICAJAS	546.222.730
7. CAPRECOM	185.989.603
8. COOSALUD	32.588.617
9. OTRAS	70.651.358
TOTAL SUBSIDIADO	13.255.367.219

Fuente: Informe cartera HOK a 31-12-2010

Durante la vigencia 2010 la ESE suscribió contratos para la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de evento, con las siguientes EPS –S: Unicajas Confacundi, Colsubsidio, Salud Total, Solsalud, y del orden nacional con: Asociación Indígena Cauca, Selva Salud y Colsubsidio, según la información entregada a este ente de control.

Ejecución de gastos

La estructura de gastos del hospital presentó una apropiación disponible de \$125,015,155,813, estos recursos se orientaron para atender gastos de funcionamiento por \$19,805,169,720, que representaron el 15.84%, para gastos de Operación el 79.79% (\$99,756,394,237) y en inversión el 4.36% (\$5.453.591.856), del total destinado.

CUADRO 15
EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSION
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III N.A.VIGENCIA 2010

En pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	APROPIACION DISPONIBLE	TOTAL COMPROMISOS ACUMULADOS	% DE EJECUCION PRESUPUESTAL	AMORTIZACION DE GIROS ACUMULADA	% DE EJECUCION AUTORIZADA DE GIRO
TOTAL GASTOS MÁS DISPONIBILIDAD FINAL	125,015,155,813	124,759,543,369	1	91,418,562,630	0.73
GASTOS	125,015,155,813	124,759,543,369	1	91,418,562,630	0.73
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	19,805,169,720	19,692,078,178	0.99	15,176,603,577	0.77
SERVICIOS PERSONALES	8,803,115,379	8,748,563,076	0.99	8,271,407,607	0.95
GASTOS GENERALES	7,893,054,341	7,834,515,102	0.99	4,401,249,297	0.56
CUENTAS POR PAGAR FUNCIONAMIENTO	3,109,000,000	3,109,000,000	1	2,503,946,673	0.81
GASTOS DE OPERACIÓN	99,756,394,237	99,680,946,272	1	71,680,229,176	0.72
GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN	99,756,394,237	99,680,946,272	1	71,680,229,176	0.72
SERVICIOS PERSONALES	27,585,838,780	27,578,980,383	1	27,440,697,541	0.99
COMPRA DE BIENES	26,306,990,104	26,281,549,477	1	7,206,929,609	0.27
Medicamentos	11,400,118,030	11,399,892,977	1	1,552,141,545	0.14
Material Médico-Quirúrgicos	14,906,872,074	14,881,656,500	1	5,654,788,064	0.38
CUENTAS POR PAGAR COMERCIALIZACIÓN	17,345,363,849	17,344,898,848	1	13,643,582,442	0.79
INVERSIÓN	5,453,591,856	5,386,518,919	0.99	4,561,729,877	0.85
DIRECTA	1,194,000,000	1,126,927,063	0.94	672,837,876	0.60
DOTACIÓN	989,000,000	922,767,063	0.93	621,797,876	0.67
Sistema de información en Salud automatizado y en línea para Bogotá D.C.	205,000,000	204,160,000	1	51,040,000	0.25
CUENTAS POR PAGAR INVERSIÓN	4,259,591,856	4,259,591,856	1	3,888,892,001	0.91
DISPONIBILIDAD FINAL	0	0	0	0	0

Fuente: Presupuesto de gastos e inversión vigencia 2010. SIVICOF – HOK

Los recursos apropiados a gastos de funcionamiento por \$19,805,169,720, se destinaron para atender los gastos de nómina o servicios personales en \$8,803,115,379; lo que representa el 44.44%, para los gastos generales se destinó el 39.85% (\$7,893,054,341), del presupuesto disponible en funcionamiento y para cubrir las cuentas por pagar se destinó el 15.69% (\$3,109,000,000).

En gastos de comercialización se dispusieron recursos por \$99,756,394,237, de este valor se apropiaron recursos para atender servicios personales por \$27,585,838,780, el (27.65%), del total de los gastos de operación, con el fin de asumir los compromisos asociados a la nómina del personal médico asistencial, de planta y de contratación de servicios; para la compra de bienes se asignó la suma de \$26,306,990,104, que representa el 26.37%; para la cuenta adquisición de servicios \$28.518.201.504, el 28.58%, del total de los gastos de operación y por último, las cuentas por pagar de comercialización que registraron un valor de \$17,345,363,849 (17.38%).

Para el presupuesto de gastos de inversión la apropiación fue de \$5,453,591,856 el 4.36%, del total disponible, de estos recursos se destinaron para atender el rubro dotación \$989,000,000 (18.13%) del total de inversión y la cuenta plataforma tecnológica por \$205.000.000 el 3.75%, también participan las cuentas por pagar inversión con el porcentaje más alto del asignado al rubro con (78.1%).

3.4.1. Evaluados los gastos de operación se evidenció que en cumplimiento del Convenio Interadministrativo de Desempeño No. 0649-2007, celebrado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud y el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención –ESE, para la ejecución del proyecto “Reforzamiento Estructural y Ampliación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel”, la ESE suscribió el contrato No. 148 de 2007, con la firma CONSULTORA CONSORCIO KENNEDY, cuyo objeto es: *“la prestación de servicios para la realización de los estudios de vulnerabilidad sísmica, revisión y ajustes del levantamiento arquitectónico existente y proyectado, elaboración del reordenamiento físico hospitalario, diseño estructural, diseño de redes hidrosanitarias, ...”*

Para la ejecución del contrato 148 de 2007, se giraron recursos en el rubro cuentas por pagar de comercialización por \$188.170.280 y en las cuentas por pagar inversión \$182.577.020, para un total de \$370.747.300, durante la vigencia 2010 para desarrollar el objeto del proyecto de inversión por lo que se evidenció que la clasificación de los recursos por valor de \$188.170.280, en la cuenta gastos de operación no es pertinente de acuerdo a lo establecido en el Plan de cuentas presupuestales – definición de los rubros de gastos de las ESEs, numeral 3.2. Gastos de Operación *“...Excluye la adquisición de bienes y servicios que por naturaleza hacen parte de los gastos de funcionamiento y/o inversión”*, mientras que en el numeral 3.4 inversión en infraestructura contempla *“Apropiación destinada para cubrir la construcción, remodelación y mejoramiento de las edificaciones, instalaciones físicas, redes eléctricas...”*, por lo expuesto la auditoría observa que la información registrada no fue oportuna y confiable para el adecuado control y seguimiento a la ejecución de dichos recursos con destinación específica, incumpliendo la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales e) y f) y el Plan de cuentas presupuestales – definición de los rubros de gastos de las ESEs, numerales 3.2 y 3.4

El Hospital de Kennedy suscribió con el FFDS, el convenio interadministrativo 1121 el 28 de agosto de 2009, cuyo objeto es *“Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado: “Actualización, Adquisición de Equipos y Elementos de Dotación General para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención”*, para ejecutar las actividades, el FFDS giró recursos por \$3.548.843.922, el 01/10/2009, que fueron adicionados al presupuesto en la vigencia 2009 y en el 2010 ingresaron \$625.585.880 en el rubro Otros Convenios FFDS, para un total de recursos del proyecto de \$4.174.429.802. La SDS emitió certificado de viabilidad a la actualización del proyecto el 21-09-2010.

Realizado el seguimiento a la ejecución de los \$3.548.843.922 en el presupuesto de inversión de la vigencia 2009, se determinó que dicho valor se comprometió al cierre del 2009 y quedó constituido como cuentas por pagar.

El presupuesto disponible del rubro dotación de la vigencia 2010 ascendió a \$989.000.000 de los que se comprometieron el 93% (\$922.767.063) y se giraron recursos por \$621.797.876, (el 67%).

En la ejecución presupuestal de gastos e inversión de la vigencia 2010, como apropiación inicial en las cuentas por pagar inversión se reportó un valor de \$860.000.000 y durante la vigencia se adicionaron \$3.399.591.856, para un total de \$4.259.591.856, que fueron comprometidos al 100% presentando una ejecución real de \$3.888.892,001 (91%), quedando en consecuencia un saldo pendiente de cancelar de \$370.699.855, como cuentas por pagar.

3.4.2.- En el sistema Dinámica Gerencial aparecen en las cuentas por pagar inversión de la vigencia 2010, giros por valor de \$3.956.172.001, sin embargo, en la ejecución presupuestal gastos e inversión reportada por el hospital en SIVICOF a 31 de diciembre de 2010, se registraron \$3.888.892.001, lo que permite establecer una diferencia de \$67.280.000, que corresponde al contrato 123 de 2009 suscrito con GIL MEDICA LTDA, cuya orden de pago No. 11618 del 30 de diciembre de 2010, fue expedida y anulada manualmente, pero en el sistema no quedó registrada la anulación, por lo que se denota que faltan de puntos de control entre sistemas, tesorería y presupuesto, para que las cifras reportadas internamente sean las mismas que se remiten a los entes de control. Incumpliendo la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e).

Balance de Tesorería

Verificada la información reportada en SIVICOF al cierre de la vigencia 2010 en el formato CB-0115: “INFORME SOBRE RECURSOS DE TESORERIA”, la ESE relacionó un valor de \$244.228.181 que hacen parte de las cuentas de ahorro, de los cuales corresponden a dotación \$130.773.204 y a infraestructura \$113.454.977. En el formato Estado de Tesorería remitido a la Secretaría de

Hacienda Distrital a 31 de diciembre de 2010, en la cuenta Fondos con destinación específica la ESE registró un valor de \$14.302.537, que corresponde a rendimientos financieros generados por los \$244.228.181. El valor de dichos rendimientos se relaciona en esta casilla por autorización de la SHD, según oficio enviado al tesorero del hospital por el correo electrónico el 14 de marzo de 2011.

3.4.3.- En el documento electrónico CBN 1090 Informe de Gestión reportado en SIVICOF a 31-12-2010, el área de tesorería informa *“El comportamiento de las cuentas pagadas a proveedores durante la vigencia 2010 es el siguiente Durante la vigencia 2010 se realizaron pagos por valor de \$82.559 millones de pesos que corresponden a 3.360 cuentas de proveedores...”*, realizado el seguimiento en la ejecución del presupuesto de gastos e inversión a los giros netos de la vigencia, se estableció un valor de \$83.730.392.007, cifra que difiere de la indicada por el área de tesorería en \$1.171.392.007, por lo que se incumple la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e) y el artículo 4 literal j).y la Resolución de la Contraloría No. 034 de 2009 capítulo IV, artículo noveno, en lo referente a la veracidad de la información reportada en SIVICOF.

Cierre presupuestal

De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Circular No.26 de la Dirección Distrital de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda correspondiente al cierre presupuestal de la vigencia fiscal 2010 y a los aspectos concernientes al operativo de cierre, información que fue reportada por la ESE en el sistema SIVICOF en los formatos CB 1007 y CB 1008, los días 29 y 30 de diciembre de 2010, en los que se constató que los registros corresponden a la información reportada oficialmente en la ejecución presupuestal a 31 de diciembre de 2010.

La entidad estableció una apropiación disponible en la ejecución pasiva del presupuesto por valor de \$125.015.155.813, de los cuales se comprometieron recursos por el 99.79% (\$124.759.543.369), del total apropiado, mientras que en las autorizaciones de giros se ejecutaron \$91.418.562.630 (el 73%), frente al total de compromisos celebrados por la ESE durante la vigencia fiscal 2010.

Del análisis efectuado se observa que se registra un saldo de compromisos por pagar de \$33.340.980.739 que corresponden al 27.67% del total de los compromisos asumidos por el Hospital al cierre de 2010.

En el documento electrónico CBN 1014 *“INFORME PLAN DE DESARROLLO”*, reportado por la entidad a la Contraloría en SIVICOF en la cuenta anual a 31 de diciembre de 2010, se plantea como objetivo institucional *“Lograr la sostenibilidad financiera de la institución”* y en el proceso de gestión financiera *“Garantizar el funcionamiento de la Institución”*, con la meta *“Durante los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 disminuir en 1%, 1%, 1%, 1% y 1% respectivamente...”* y el indicador *“Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia”*. Evaluada la meta para la vigencia 2010, se determinó que la ESE registra una disminución del déficit presupuestal

en \$2.118.771.694, comparado con la línea base del resultado arrojado en la vigencia fiscal del 2009.

Para establecer la meta, la entidad aplicó la fórmula o indicador del equilibrio o déficit presupuestal establecido en la Resolución del Ministerio de la Protección Social No. 473 de febrero de 2008, Anexo Técnico, Tabla número 1, en donde por un lado en la determinación de los ingresos de la vigencia, se descuentan las cuentas por cobrar registradas de períodos anteriores y para la determinación de los compromisos presupuestales, la disminución de las cuentas por pagar de vigencias anteriores, por lo que el resultado del ejercicio arrojó un déficit presupuestal de \$19.837.285.946 en el 2010, el cual se disminuyó en el 9.65% con relación al de la vigencia anterior, superando la meta programada.

No obstante el resultado del déficit presupuestal, la ESE reportó un excedente financiero de \$330.446.940, que son recursos de operaciones de tesorería y en el Estado de Tesorería muestra una disponibilidad neta de \$2.975.877.679, al cierre de la vigencia 2010.

Productos Metas y Resultados - PMR

Sobre el PMR (productos, metas y resultados), se constató la información reportada por el hospital en los documentos electrónicos CBN- 1003 – PRESUPUESTO ORIENTADO A RESULTADOS, arrojando como resultado que la ESE remitió en la cuenta a 31-12 2010, lo siguiente *“que el Informe del presupuesto por resultados - POR, correspondiente al formato 1003, es trimestral. Para el cuarto trimestre de la vigencia 2010, el informe correspondiente se enviará con la cuenta del mes de enero de 2011, debido a que dicho informe se debe presentar de manera trimestral”*, no obstante lo anterior se evidenció que la información fue reportada con la cuenta anual el 02-28-2011.

En el formato remitido por SIVICOF se evidenció que el hospital formuló los “INDICADORES DE OBJETIVO”, con las metas de la vigencia y en forma desagregada en los meses (marzo, junio, septiembre y diciembre) y los productos con los “INDICADORES DE PRODUCTO” con las metas de la vigencia y en forma desagregada en los meses (marzo, junio, septiembre y diciembre), sin embargo, es de observar que estos productos no se encuentran costeados o presupuestados al cierre de la vigencia 2010.

Programa Anual de Caja

3.4.4.- El Hospital reporta en el sistema SIVICOF en el formato electrónico CBN – 1001, un PAC ejecutado a diciembre 31 de 2010 donde se registran pagos de la vigencia correspondientes a gastos de funcionamiento, operación e inversión, por valor de \$84.917.628.035, al cruzar dicho PAC con el informe del presupuesto de gastos e inversión, se observa que la entidad registra amortizaciones de giros

acumulados por \$91.418.562.630, lo que indica que se presenta una diferencia entre el PAC ejecutado y los giros realizados presupuestalmente por \$6.500.934.595, evidenciándose que dicho PAC no se ajusta a los valores reportados en el informe de la ejecución presupuestal de gastos e inversión de SIVICOF, por lo que se observa que transgrede las disposiciones contempladas en la Resolución de la Dirección Distrital de Tesorería 001 de 2008, la Circular 20 de 2009 y el Estatuto Orgánico de Presupuesto, Decreto 714 de 1.996, artículo 55.

Evaluación a las cuentas por pagar

La ESE realizó autorizaciones de giro presupuestal por \$91.418.562.630 durante la vigencia 2010, frente a un total de compromisos presupuestales de \$124.759.543.369, lo que determinó una ejecución real del presupuesto del 73%, quedando al cierre del período un saldo de cuentas por pagar de \$33.340.980.739.

Teniendo en cuenta el objeto del gasto, las cuentas por pagar presentaron la siguiente clasificación: En Gastos de Funcionamiento \$4.515.474.601, equivalentes al 13.54% del total de las cuentas por pagar constituidas al cierre; por concepto de Gastos de Operación se establecieron \$28.000.717.096, cifra que representó el mayor porcentaje de la participación de las cuentas por pagar de la entidad con el 83.98%, estas cuentas fueron erogaciones registradas en gastos de comercialización por servicios personales, compra de bienes (medicamentos y material médico quirúrgico), adquisición de servicios de salud, entre otros.

CUADRO 16
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A DICIEMBRE 31 DE 2010

En pesos

CONCEPTO	COMPROMISOS	GIROS	% EJECUCION	SALDO CUENTAS POR PAGAR	NIVEL DE PARTICIPACION
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	19.692.078.178	15.176.603.577	77	4.515.474.601	13,54
Servicios Personales	8.748.563.076	8.271.407.607	95	477.155.469	1,43
Gastos Generales	7.834.515.102	4.401.249.297	56	3.433.265.805	10,30
Cuentas por pagar de Funcionamiento	3.109.000.000	2.503.946.673	81	605.053.327	1,81
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	19.692.078.178	15.176.603.577	77	4.515.474.601	13,54
GASTOS DE OPERACIÓN	99.680.946.272	71.680.229.176	72	28.000.717.096	83,98
Gastos de Comercialización	99.680.946.272	71.680.229.176	72	28.000.717.096	83,98
SERVICIOS PERSONALES	27.578.980.383	27.440.697.541	99	138.282.842	0,41
COMPRA DE BIENES	26.281.549.477	7.206.929.609	27	19.074.619.868	57,21
ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	28.475.517.564	23.389.019.584	82	5.086.497.980	15,26
Cuentas por pagar Comercialización	17.344.898.848	13.643.582.442	79	3.701.316.406	11,10



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN	99.680.946.272	71.680.229.176	72	28.000.717.096	83.98
INVERSION	5.386.518.919	4.561.729.877	85	824.789.042	2.47
Inversión Directa	1.126.927.063	672.837.876	60	454.089.187	1.36
BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR	1.126.927.063	672.837.876	60	454.089.187	1.36
Cuentas por pagar Inversión	4.259.591.856	3.888.892.001	91	370.699.855	1.11
TOTAL GASTOS DE INVERSION	5.386.518.919	4.561.729.877	85	824.789.042	2.47
TOTAL DE LAS CUENTAS POR PAGAR (Gastos de Funcionamiento, Operación y de Inversión)	124.759.543.369	91.418.562.630	73	33.340.980.739	100

Fuente: Información suministrada por la ESE en medio magnético de las cuentas por pagar constituidas al cierre de la vigencia 2010 - Ejecución presupuestal de gastos e inversión a diciembre 31 de 2010.

Por concepto de gastos de inversión se registró un saldo de cuentas por pagar de \$824.789.042, con un nivel de participación del 2.0%.

Cuentas por Pagar al cierre de la vigencia

3.4.5.- Analizada la ejecución de las cuentas por pagar del rubro presupuestal comercialización, se observa que se constituyeron por un valor de \$3.701.316.406, que representan el 11.1%, del total de los compromisos asumidos como cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2010, no obstante se observó que existen saldos representativos en las siguientes cuentas:

Se registraron saldos constituidos como cuentas por pagar de "VIGENCIAS OTROS AÑOS", en los siguientes contratos: JORGE ARMANDO CUELLAR GAVIRIA, por \$3.775.300, HOSPIMPORT S. A. por \$3.836.998, HOSPITAL SIMON BOLIVAR por \$43.000.000, GENFAR S.A. por \$12.000.000, AVENTIS PHARMA DE COLOMBIA S.A. por \$5.021.600, J M SUMINISTROS MEDICOS S EN C por \$7.402.900, LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA por \$3.337.780, D.R. IMAGENES LTDA por \$36.651.000, ANGIOMED TX LTDA por \$33.587.520, B BRAUN MEDICAL S A por \$8.356.640, CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA por \$4.790.000, LABORATORIOS LEGRAND S A por \$ 10.566.400, LABORATORIOS LTDA DE BOGOTA \$5.170.172, HEALTHCARE BIOINGENIERIA LTDA por \$3.944.000, para un total de cuentas de "VIGENCIAS OTROS AÑOS", aproximado de \$181.440.310.

Otras cuentas de las vigencias 2007 y 2008 son: SALAMANCA RAFAEL ANTONIO 035-2008 AD 3 y 225-2008 AD1-2, por valor de \$7.530.794; 033-2008 por \$4.752.684, 038-2008 por \$14.831.850, 059-2008 por \$3.100.000, 084-2008 por \$5.622.712, SYNTHES COLOMBIA S A contratos 048-2007 AD1, 122-2007 AD1 y 066-2008 AD1, por \$15.628.812, QUIRUPOS LTDA contratos 047-2008 y



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

347-2007, por \$12.763.800, KAYCO MEDICAL LTDA contratos 291-2008 AD-01 y 137-2008 AD1PR2, por \$73.283.680, FARMA RED LTDA contratos 294-2008, 021-2008 AD1 y 251-2007, por \$3.542.595, SERANEST PHARMA LTDA contratos 008-2008 AD1 AD2 AD3 y 051-2008 AD1AD2AD3 por \$11.328.500, HOWMEDICAL S.A. 085-2007 por \$7.001.130, ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A. con los contratos 139-2008, 067-2008, 017-2008 y 034-2008, por \$17.032.340, B BRAUN MEDICAL S A, contratos 102-2007, 238-2007, 131-2008, 121-2007 AD1 y 078-2007 AD1 AD2 por \$17.823.292 y con la PRECOOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CREA SALUD contrato 109-2008 por \$27.180.000, entre otras, para un total aproximado de cuentas por pagar vigencias 2007 y 2008, por valor de \$227.758.909.

En los siguientes contratos se presentaron saldos de cuentas por pagar de las vigencias 2008 y 2009, 31-2009 AD1PR2; 060-2009; 196-2009; 253-2009; 024-2009 AD 2; 207-2009; 256-2009; 100-2009; 066-2009; 068-2009 AD 1; 149-2009; 162-2009; 126-2009 AD 1; 212-2009; 164-2008 ADP1; 0009-2009; 165-2009 AD 2; 165-2009 AS 1; 165-2009; 103-2009 AD2 ; 112-2009; 065-2009 AD 1; 165-2009 AS 1; 043-2009 AD 1; 284, 026, 164-2009; 264-2009; 043-2009; 059-2009 AD 2 ; 059-2009; 171-2009; 070-2008 ADP1; 275-2009; 228-2009, 069-2008 ADP1; 191-2009; 030-2009; 148-2009; 295-2009, 142-2008 ADP1; 293-2009, 113-2009 ADPR1, 113-2009, 338-2009, 141-2009, 218-2009, 337-2009, 279-2009, 146-2009, 149-2009, 1001-2008 AD1PR, 111-2009 ADPR1; 111-2009; 052-2009; 036-2009, 236-2009, 283-2009, 318-2009, 282-2009, 156 de 2008, 329-2008 AD1, 152-2008 AD2P1, 1001-2008 AD1PR, 014-2009 AD 3, 1012009 CONVENIO BNS.

De las OPS se relacionan: ALDANA ROJAS JUAN ALBERTO con saldos por \$6.656.412 de la vigencia 2009 en los contratos 1874, 1088, 685 y 287; 4912-2009; FRANCO NOREÑA JAIME ANDRES con saldos del 2009 por \$4.070.000 de las órdenes 3584, 2446, 1207 y 403; FERNAN ALEXIS CASAS OSORIO con las órdenes 249 y 1227 de 2009 por \$4.993.334; 3346-2009 AD 1; 4168-2009; 3135-2009; 4019-2009; 4146-2009; 3917-2009; 4089-2009; GLORIA CONSUELO CASTELLANOS PEDRAZA con saldos del 2009 por \$10.374.000 de las órdenes 5060, 4185, 3215, 2461 y 1602; CAROLINA CORDOBA RINCON con saldos por \$11.566.547 de las siguientes órdenes 4151, 3177, 2021, 1052, 679 y 257 del 2009; PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ con saldos del 2009 por \$6.236.467 de las órdenes 1180 y 382, de 2009; MANTILLA AZUERO ANDREA con saldos del 2009 por \$8.399.500.

Se presentaron al igual cuentas representativas en las órdenes de prestación de servicios de las siguientes personas: LILIAN ESPERANZA AZUERO ORJUELA, PAOLA JOHANNA JIMENEZ TRIANA, SANDRA JOHANNA MENDOZA GUERRERO, SANDRA PATRICIA ORIGUA RIOS, ADRIANA MILENA PAEZ GONZALEZ, DIANA CAROLINA GARZON ALONSO, MONICA MERCEDES LIZARAZO COMBITA, NADIA ANDREA TORRES GUERRERO, EDWIN ALFONSO CALDERON HERNANDEZ, CESAR AUGUSTO ACEVEDO JIMENEZ,

NESTOR FABIAN PEDRAZA ALONSO, ARCOS ARCINIEGAS JHON BERNANDO, WILLIAM FERNANDO RIVERA BOADA, entre otros, es de anotar que los saldos de las OPS de la vigencia 2009 aproximadamente ascendieron a \$393.526.438.

En el rubro presupuestal cuentas por pagar funcionamiento al cierre de la vigencia 2010 se estableció un valor de \$605.053.327, de los cuales aproximadamente \$456.003.782, corresponden a las cuentas que no reportaron giros en aproximadamente 190 contratos, entre órdenes de prestación de servicios, de suministros y de compra, entre otros, de “VIGENCIAS ANTERIORES”, del 2007, 2008 y 2009, por lo que se solicita la explicación sobre los motivos de la no cancelación de dichas cuentas.

Para el caso de las cuentas por pagar inversión, el saldo constituido fue de \$370.699.855, al cierre de la vigencia 2010, de los cuales aproximadamente \$164.691.143, corresponden a las cuentas que no reportaron giros en aproximadamente 9 contratos de las vigencias 2007, 2008 y 2009, por lo que se solicita la explicación sobre los motivos de la no cancelación de dichas cuentas.

De la evaluación realizada se evidenció que hubo cuentas por pagar de “VIGENCIAS OTROS AÑOS”, del 2007, 2008 y 2009, que no tuvieron movimiento alguno o quedaron con saldos pendientes de pago, al cierre de la vigencia 2010 por valor de \$4.677.069.588. Según la información remitida por el Hospital, el estado de las cuentas por pagar de comercialización se encuentran como: Saldos por reintegrar al presupuesto, en proceso de depuración por parte de tesorería, facturas radicadas en tesorería pendientes de pago, facturas pendientes de radicar por parte del proveedor, actas de liquidación por reintegrar al presupuesto y pendientes de firmas, entre otras, lo que evidencia que de no tomarse las medidas tendientes para la depuración de dichas cuentas, podría ocasionar un riesgo mayor a las finanzas del hospital por las posibles demandas ante el incumplimiento en el pago de los compromisos adquiridos, por lo que se está transgrediendo lo contemplado en la Circular de cierre presupuestal de la Secretaría de Hacienda Distrital No.26 de diciembre 21 de 2010, título III, numeral 9 y la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal f) y el litera b, artículo 4.

3.5 . EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

De acuerdo a los lineamientos del encargo de auditoria y el listado de contratos suministrado por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención y una vez determinada a cantidad mínima de contratos por cada entidad se procedió a extraer mediante el método aleatorio simple, el listado de contratos a evaluar por un valor de \$ 6.580.216.071 millones que corresponde al 10% del total de la contratación definida del 2010, que ascendió a \$67.480.314.021, es de anotar que el porcentaje de la muestra puede variar en el momento en que sean sumadas las adiciones a los contratos seleccionados, en este orden de ideas se tomo un



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

universo de 444 contratos de los cuales se escogieron 32 como muestra del componente, teniendo en cuenta el contratista y su valor contractual, relación que se menciona a continuación:

CUADRO 17
MUESTRA CONTRATACION

Numero de contrato	Contratista	objeto	Valor \$
010/10	Corpocol CTA	Prestación de servicios para la atención de línea telefónica de emergencia	215.000.000
031/09	Biogem Laboratorios de Colombia	Adquisición de soluciones parenterales	195.400.000
026/09	Sergnest Pharma Ltda.	Adquisición de medicamentos	407.650.000
0034 /09	Medical Care Well Ltda.	Adquisición de material medico quirúrgico	105.000.000
002/10	Soporte Vital SA	Arrendamiento de Ventiladores	15.650.000
003/10	Caterine y Gourmet 100% Ltda..	Adquisición de refrigerios para unidad renal	14.998.800
081/09	Seguridad Central Ltda..	Prestación de servicios de vigilancia y seguridad	225.074.900
061 /10	ASEPROF	Prestación de servicios relacionados con la ejecución de convenios	540.000.000
078/10	López Martínez Jhon Alexander	Profesional Universitario	8.400.000
453/10	Camargo Mendoza Juan Pablo	Medico especialista internista	11.160.000
070/10	Adolfo Acevedo Quintero	Mantenimiento preventivo y correctivo a las diferentes áreas de la UNEF	24.755.590
332/09	Instituto de referencia andino SA	Prestación de servicio de procesamiento externo de exámenes especializado de laboratorio clínico	24.000.000
002 /10	Edgar Hernando Sabogal Moreno	Prestación de servicio automotor terrestre para usuarios de la unidad renal	20.000.000
010/10	Procom SA	Suministro de combustible ACPM y gasolina para el parque automotor de la empresa	25.000.000
037/10	Lavandería Clean Express Lda	Servicio de lavandería	275.000.000
054/10	Transmusalud Ltda	Prestación de servicio automotor terrestre de personal y acarreo varios	90.000.000
018-2009	Abbott Laboratories de Colombia S.A.	Adquisición de productos farmacéuticos	150000000
064/10	Medihumana Colombia SA	Adquisición de cuatro Implantes Estimulador para dar cumplimiento a tutelas	250.000.000
080/10	Promuebles Ltda	Compra e instalación de mobiliario de oficina	69.645.240
005-2010	GLS Helath & Biotechnology S.A.	Adquisición de insumos para contrato de apoyo tecnológico N° 84-09	100.000.000
102/10	José Roja R	Prestación de servicios de revisoría	35.000.000
188/10	Equipos Joserrago SA	Compra de congelador y refrigerador para nutrición	12.399.999
15 4/10	Instituto Colombiano de Normas Icontec	Prestación de servicios relacionados con la ejecución del convenio No. 327 de 2010 con la secretaria Distrital de desarrollo económico	85.569.720
153/10	Comercializadora SAI- SAS	Adquisición de elementos de aseo	193.910.000
140/10	Ultrasonido vascular SAS	Prestación de servicio vascular	500.000.000
126/10	Proclín Pharma SA	Adquisición de medicamentos	300.000.000
078-2010	Tech Bionica S.A.	Adquisición de ayudas con el fin de dar	171.601.822



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Numero de contrato	Contratista	objeto	Valor \$
		cumplimiento a fallos de tutela	
003/	Quinberlab Ltda	Adquisición de consumibles para equipos de laboratorio clínico según contratos de apoyo tecnológico NoS. 061-08 Y 98-08	800.000.000
004/10	Ruanrehacer & Cia Lta	Adquisición de insumos para el contrato de apoyo tecnológico 093-08	800.000.000
013/10	Salud Oncológica EU	Prestación de servicios médicos especializados en oncología	380.000.000
056	Amarey Nova Medical S.A.	Adquisición de medicamentos	450.000.000
100/10	Rafael Salamanca	Suministro medicamentos	85.000.000
TOTAL MUESTRA			6.183.154.659

Fuente: Listado de contratación Hospital Occidente de Kennedy III nivel vigencia 2010

De igual forma se analizaron los convenios suscritos con la Universidad Antonio Nariño, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud y Universidad del Magdalena.

De acuerdo a los lineamientos dados por el Subdirector de Salud, en mesa de trabajo No. 4 del 27 de enero de 2011, se aprobó el cambio dentro de la muestra del componente de contratación de los siguientes contratos, el contrato No.151/09, celebrado con Monclou Asociados Ltda., por concepto de Prestación de servicio de revisoría fiscal por valor de \$12.296.000, fue cambiado por el contrato No. 070/09, celebrado con Adolfo Acevedo Quintero, por concepto de Mantenimiento preventivo y correctivo a las diferentes áreas de la UNEF por valor de \$ 24.755.790.

El contrato No. 061/10, celebrado con Ferney Mendivelso, por concepto de Adquisición de productos carnicos, por valor de \$ 25.00.000, fue cambiado por el contrato No.018/09 celebrado con Abbott Laboratories de Colombia S.A. por concepto de adquisición de productos farmacéuticos, por valor de \$150.000.000.

El contrato No. 129/10, celebrado con Zoraida Arias Campos por concepto de Adquisición de alimentos para pacientes por valor de \$12.00.000, fue cambiado por el contrato No. 05/10, celebrado con GLS Helath & Biotecnology S.A., por concepto de Adquisición de insumos para contrato de apoyo tecnológico N° 84-09, por valor de \$100.000.000

El contrato No. 285/10, celebrado con Cimef Supplies Ltda., por concepto de Adquisición de ropa quirúrgica en tela por valor de \$ 25.00.000 fue cambiado por el contrato No. 078/10, celebrado con Tech Bionica S.A., por concepto de ayuda para tutelas , por valor de \$171.601.822,

En atención al memorando de planeación y la muestra de contratación establecida en el mismo, se revisaron los diferentes aspectos que intervienen en el desarrollo de un contrato, a partir de la firma y perfeccionamiento del mismo, teniendo en cuenta las etapas precontractual, contractual y pos contractual bajo la observancia

de las disposiciones legales que para este evento establecen las reglas y principios del régimen de contratación privada y pública.

Se verificó que los contratos seleccionados en la muestra, contaran con los estudios, diseños y análisis de conveniencia y oportunidad, y se adecuaron a los planes de inversión y compras, así como que cumplieran con los preceptos señalados por el estatuto de contratación estatal y lo establecido en el Plan de Desarrollo.

Se observó que los términos de referencia o pliegos de condiciones estuvieran acorde con la oferta presentada por el contratista, de igual forma se constató la oportuna publicación de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo No. 024 del 5 de noviembre 2003, (“Reglamento interno de contratación del Hospital de Kennedy”).

Se constató que la entidad cuenta con una programación para la contratación, como es el Plan de Compras. De otra parte también se comprobó que todas las facturas o cuentas de cobro de los contratos examinados, fueran acompañadas de los informes de Interventoría y/o supervisión, como también del pago de parafiscales.

De acuerdo con las evidencias y los elementos materiales de prueba recopilados durante la auditoría y del análisis documental de los contratos; se verificó el cumplimiento de las normas vigentes y especialmente las contempladas en el (Acuerdo No. 024 del 5 de noviembre 2003), “Reglamento interno de contratación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E”) observando los requisitos contemplados en las convocatorias o invitaciones a cotizar para la selección de contratistas y el cumplimiento de las obligaciones suscritas en los contratos. Así como, la aplicación de las exigencias del derecho privado, relacionadas con los requisitos de las obligaciones de las partes contratantes que tienen que ver con que: consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca vicios, que sea legalmente capaz o sea que haya capacidad adjetiva y sustantiva de quienes suscriben los acuerdos, los objetos y las causas lícitas (artículo 1502 del Código Civil); se constató si el objeto contractual obedece a los fines y necesidades de los habitantes, se verificó el cumplimiento de los objetivos Misionales y el Plan de Desarrollo; todo ello bajo un enfoque normativo y jurídico.

Durante el transcurso de la auditoría y a medida que fueron apareciendo observaciones producto de la revisión de los contratos, las mismas fueron comunicadas a la administración, con el objeto de ser subsanadas.

En respuesta a las observaciones se recibió las respectivas explicaciones con las que se puede concluir que fueron subsanadas todas las observaciones realizadas a los contratos materia de examen, en consecuencia no se deben incluir en el informe, por cuanto desaparece el fundamento que dio origen a las mismas.

En los contratos de la muestra, revisados en esta auditoria se observa que en su parte legal cumplieron con lo establecido en la Ley 79 de 1998, artículo 1 del Decreto 536 de 2004, el Decreto 4588 de 2006, el Decreto 2417 de 2007, el Decreto 3758 de 2007. y la Circular No. 36 del Ministerio de Protección Social, Artículo 127 de la Constitución Política, y en particular los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, artículos 13 de la Ley 1150 de 2007, y 51 del Decreto Reglamentario 066 de 2008, Decreto 1477 de 1995, relacionado con la publicación del contrato, Decreto 2474 de 2008, 2025 de 2009 y (Acuerdo No. 0021 del 5 de agosto de 2008, "Reglamento interno de contratación del Hospital del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.") y el Decreto 2170 de 2002, relacionado con la transparencia en la actividad contractual.

En cuanto a la ejecución de los anteriores contratos se observa que su objeto se cumplió a satisfacción de acuerdo a los elementos materiales de prueba y las demás evidencias aportadas al plenario, de igual forma se revisaron las facturas de pago, las cuales vienen acompañadas de las certificaciones de cumplimiento del supervisor quien la suscribe dando fe de que el servicio se prestó a satisfacción, también se acompaña certificación del pago de parafiscales, tales como seguridad social integral, aportes a EPS; AFP; ARP, rete- fuente, impuesto a las ventas e industria y comercio en todos los contratos se inspeccionó que figure el pago de publicaciones del respectivo contrato y sus adiciones, en consecuencia podemos concluir que del análisis realizado a los contratos no se evidenció ninguna clase de hallazgo que pueda generar una responsabilidad, fiscal o disciplinaria, sin embargo al verificar las entradas al almacén se observa que existe la figura del préstamo amparado por la Resolución No 01 del 20 de septiembre de 2001, emanada de la Secretaria de Hacienda del Distrito Capital, toda vez que estos prestamos obedece a las necesidades del servicio como por ejemplo en la adquisición de medicamentos a través del sistema de préstamo cuando no existe presupuesto, de igual forma tienen como apoyo la sentencia de la Corte Constitucional No. T -271 de 2005

Es incuestionable que la administración está sujeta al principio de legalidad, pero la prevalencia de los derechos fundamentales y la supremacía del texto constitucional que los contiene y dispone su protección, sugiere, en el caso concreto, la impostergable observancia de la norma superior cuya aplicación no debe supeditarse a criterios que, al ser sopesados frente a valores y derechos como los implicados en el presente asunto, no resisten comparación alguna. Así por ejemplo, la Corporación ha puntualizado que *"el costo de la atención aunque no es irrelevante para la asignación de recursos médicos escasos, no puede ser, en materia de lucha contra una enfermedad transmisible y mortal, el factor determinante para la prestación del servicio (Sentencia T-505 de 1992).*

De lo anterior podemos concluir que se trata de un problema estructural del sistema de salud por el que atraviesa muchos Hospitales del País como es la falta de presupuesto para atender las necesidades básicas de una institución de salud

y que por el estado de necesidad deben acudir obligatoriamente a este sistema de prestamos para proteger los derechos fundamentales a la vida en conexidad con la salud.

También se detecto que en los contratos de prestación de servicios por falta de flujo de caja se vienen pagando con un mes de atraso la remuneración de los contratistas de esta modalidad.

En este orden de ideas, se constató que en general los contratos cumplieran con todos los requisitos legales exigiendo para cada caso en concreto los documentos soportes, salvo la siguiente observación en la que se constata que en los contratos y ordenes de mantenimiento celebrados con un valor inferior a 50 salarios M.L.M.V, no se pacta la cláusula de liquidación de la obligación contractual en los que de acuerdo al Manual en su artículo 40 ameritan su liquidación y en los contratos superiores a 50 salarios M.L.M.V, se pacta dicha obligación pero no se especifica quienes deben realizar el acta de liquidación final de los respectivos contratos que ameritan la misma.

En la revisión realizada al componente de contratación se encontraron los siguientes Hallazgos administrativos:

CONVENIOS DOCENCIA – SERVICIO

El Hospital viene manejando convenios de Docencia – Servicio con Universidades e Instituciones de Salud de conformidad con la Ley 30 de 1992, 100 de 1993, el artículo 13 de la Ley 1167 de 2007 y 1188 de 2008, en ejercicio de las facultades legales contenidas en los articulo 8 y 15 del Acuerdo 89 de 1998, de la Junta Directiva del Hospital así como el Acuerdo 05 de 2001, se dictaron las políticas del Hospital Occidente de Kennedy en materia de convenios docente asistenciales, seguido del Decreto 190 de 1996 y el Decreto 2376 de 2010.

En desarrollo de esta auditoria se revisaron los convenios Docencia – Servicio, suscritos con la Universidad Antonio Nariño, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud y Universidad del Magdalena, de acuerdo con lo manifestado por el director designado por el señor Gerente verbalmente, para coordinar y dirigir los convenios docentes.

Se evidencio que no existe ni en el organigrama ni en la planta de personal el cargo de jefe de área, que tenga las funciones especificas para atender el proyecto relacionado con los convenios Docencia –Servicio, celebrados entre el Hospital Occidente de Kennedy y las Universidades, además que sea el responsable de la implementación del Decreto 2376 de 2010. sin embargo el proyecto cuenta con buenos resultados gracias a la colaboración y muy buena gestión realizada por la persona que fue encargada verbalmente por el señor Gerente del Hospital, para el desarrollo de los respectivos convenios, quien debe

también atender las funciones propias de su cargo como Medico Especialista en Medicina Interna; por lo tanto si el objetivo es convertir al Hospital en Universitario tal como se observa en la Misión y Visión Institucional, por lo tanto se hace imperioso dotar con todo lo necesario para el buen funcionamiento del proyecto, de otra parte no existe claridad de la inversión de estos dineros por cuanto son ingresados a la unidad de caja, que a 31 de diciembre de 2010, ascendió a \$1.025.115.113,00. En general falta terminar la complementación y desarrollo del Decreto 2376 de 2010.

3.5.1- Existe cierto incumplimiento en las funciones y responsabilidades asignadas a los supervisores de las obligaciones contractuales, en el sentido de no realizar los informes que soportan el cumplimiento a satisfacción del objeto contratado, solo existen en algunos contratos el documento del supervisor certificando el grado de ejecución porcentual para conceder las adiciones o prorrogas, también se omite las actas de entrega y recibo final de los bienes y servicios ejecutados por el contratista, tal como se observa en los Contratos No.054 del 8 de Abril de 2010, celebrado con Transmusalud Ltda, Contrato No. 026 del 23 de febrero de 2009, celebrado con SERGNEST PHARMA LTDA, Contrato No.031 del 27 de febrero de 2009, celebrado con BIOGEM LABORATORIOS DE COLOMBIA y otros.

Resolución 00474 del 4 de septiembre de 2004, mediante la cual se expide el Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, artículo primero (1) numeral 2 literales E, G y N.

3.5.2- Obran contratos que de acuerdo a su periodo de ejecución, superan el plazo fijado para su liquidación establecidos en el manual interno de contratación en el que estipula que el plazo para la liquidación de los contratos debe realizarse dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación, previa constancia expedida por el supervisor certificando la correcta ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.

Resolución 00474 del 4 de septiembre de 2004, mediante la cual se expide el Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, artículo primero 1 numeral 2 literal i, en el cual se indica la obligación del supervisor de liquidar los contratos junto con el Departamento Financiero, en los casos que se requiera.

Es de anotar que en visita realizada a la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica se pudo evidenciar que se ha llevado a cabo la liquidación de los contratos de las vigencias 2003, 2004, 2005 2006, sin embargo los contratos de las vigencias 2007, 2008, 2009 y 2010 a pesar de existir un número considerable de liquidaciones aún falta por terminar el proceso.

PROCESOS EN CONTRA DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

En contra del Hospital Occidente de Kennedy, durante la vigencia 2.010 cursaron sesenta y cinco (65) expedientes conformados por acciones de reparación directa, acciones de nulidad y restablecimiento del derecho, acciones ordinarias laborales, acciones laborales administrativas ante el Ministerio de Protección Social, acciones populares, acciones ejecutivas singulares y ejecutivas contractuales.

Las pretensiones de los procesos sesenta y cinco (65) procesos que se encuentran activos a 31 de diciembre contra el Hospital Occidente de Kennedy equivalen a diecinueve mil trescientos millones quinientos ochenta y ocho mil novecientos noventa y dos pesos (\$19.300.588.992) representados como sigue:

CUADRO 18

ANALISIS GENERAL PROCESOS EN CONTRA DEL HOK		
TIPO DE ACCION	NUMERO	CUANTÍA PRETENSIONES
Reparaciones directas contra el HOK	45	\$ 18.199.479.604
Acciones de Nulidad y Restablecimiento del derecho contra el HOK.	8	\$ 266.329.903
Acciones Ordinarias laborales contra el HOK	5	\$ 478.336.943
Acciones laborales Administrativas contra el HOK ante Min. Protección Social.	3	\$ 0
Acciones populares contra el HOK	1	\$ 4.997.000
Acciones ejecutivas contractuales contra el HOK	1	\$ 66.584.000
Acciones ejecutivas singulares contra el HOK.	2	\$ 285.041.540
TOTAL	65	\$ 19.300.588.992

Fuente: Informe de gestión al 31 de diciembre de 2010, Oficina Jurídica Hospital Occidente de Kennedy

PROCESOS INICIADOS POR EL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

Durante la vigencia 2010 cursaron veintiséis (26) procesos iniciados por la E.S.E. Hospital Occidente de Kennedy III Nivel entre acciones de repetición, acciones ejecutivas singulares, reparaciones directas, denuncias penales y acción de tutela.

Con corte a treinta y uno (31) de diciembre de 2.010 existen (14) procesos activos iniciados por el Hospital Occidente de Kennedy que pretenden el pago de ochocientos sesenta y cuatro millones ciento cincuenta y tres mil doscientos sesenta y nueve pesos (\$ 846.063.269)

CUADRO 19

PROCESOS INICIADOS POR EL HOK		
TIPO DE ACCION	NUMERO	CUANTÍA DE PRETENSIONES
Reparación directa	3	\$ 693.332.897
Acción de tutela	1	\$ 0
Acciones de repetición	2	\$ 79.321.118
Ejecutivos Singulares	3	\$ 73.409.254
Denuncias penales	5	\$ 90.000
TOTAL	14	\$ 864.153.269

Fuente: Informe de gestión al 31 de diciembre de 2010, Oficina Jurídica Hospital Occidente de Kennedy

Una vez analizada la gestión realizada por la Oficina Jurídica del Hospital Occidente de Kennedy en relación con los procesos mencionados se observa que existe diligencia en todas las actuaciones adelantadas por la administración ante las respectivas instancias judiciales, lo que conlleva a determinar una buena gestión desplegada por los servidores públicos encargados de realizar estas funciones.

3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.6.1. Evaluación Plan de Desarrollo

En el Hospital Occidente de Kennedy, existe el Acuerdo 016 del 13 de noviembre de 2008 en el cual se armoniza el Plan Estratégico y el Plan de Desarrollo del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, E.S.E para el periodo 2008-2012. El cual contiene misión, visión, principios, valores, política de calidad, objetivos de calidad, objetivos estratégicos y el plan de desarrollo.

Los objetivos estratégicos son tres 1. Lograr la fidelidad de nuestros clientes externos e internos a través de la prestación de servicios de salud especializados, con 30 metas, 2. Garantizar la implementación y mantenimiento de un sistema integral de gestión de la calidad, el cual contiene 13 metas 3. Lograr la sostenibilidad financiera de la institución, con 5 metas.

Teniendo en cuenta que los objetivos estratégicos y las metas que la conforman son la base para la elaboración de los planes operativos, en este proceso auditor se escogieron algunos planes operativos y algunas actividades para ser verificadas durante el proceso que den cuenta de la planeación, de la integración de la parte administrativa y asistencial.

Se revisaron, analizaron y verificaron algunas actividades de los planes operativos de servicios de salud, referencia y contrarreferencia, atención pre hospitalaria, promoción y prevención (vacunación, VIH/SIDA, programa canguro), Unidad de Recién Nacidos, Vigilancia epidemiológica, Nutrición y Salud Mental.

3.6.1.1 De la revisión, análisis y verificación de la información reportada por el hospital se Observó que algunos indicadores no quedaron bien formulados al no haber precisión de las variables a evaluar (vigilancia epidemiológica, atención pre hospitalaria, referencia y contrarreferencia y planeación). También se evidenció que no reportaron todos los planes, por ejemplo faltó el de farmacia.

En relación con las metas en el plan operativo de planeación se evidenció la siguiente meta: *“Durante el año 2010 apoyar la formulación, seguimiento y evaluación del 100% de los planes institucionales de acuerdo a la política de planeación estratégica.”*, de la cual se observó los siguientes aspectos: 1. Que no tiene una línea base clara, por cuanto está en términos porcentuales y aunque en la meta anual señala 35, esta cantidad no corresponde al número total de áreas del hospital, porque según listado suministrado existen 53 áreas, por tanto es ambiguo el cumplimiento de la meta. 2. Solicitada la información mediante oficio No. 100100404-15 del 01 de marzo de 2011, la administración allegó 28 planes operativos, los cuales no evidencian el total de planes formulados y evaluados.

No se tiene claridad de las áreas que no tienen planes operativos, por tanto falta mayor integración entre la parte asistencial y la administrativa para formular y concertar las metas.

Adicionalmente la entidad no cuenta con el personal suficiente para el apoyo del control y seguimiento de sus planes, ni para realizar de forma oportuna la retroalimentación a cada una de las áreas, lo cual incide en que no se observen los resultados, afectando la gestión.

Lo anterior muestra que no se dio cumplimiento a las meta y además que la información no es confiable trasgrediendo los literales c) y e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1997.

En la visita al Área de Promoción y Prevención se constató (acta de visita del 18-03-2011), la falta de un Plan Operativo para el programa VIH/SIDA, tema planteado en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, (numeral 3. eje de salud pública plan de intervenciones colectivas la meta estructural N.25. A 2011 controlar la prevalencia de infecciones por VIH en población gestante no

asegurada. Línea base 0.19% centinelas viral cero prevalencia 2007), aunque no se desconoce que en el programa registran unos datos y dos indicadores, es importante plantear estrategias para contribuir a la disminución de esta problemática.

Igual situación se evidencio en el área de promoción y prevención, ausencia de plan operativo, en los programas canguro y curso psicoprofiláctico, el cual ya no se llama así, el nombre de acuerdo con la guía de la Secretaria Distrital de Salud es Curso de preparación de la maternidad y paternidad de Nancy Bejarano, el cual se realiza desde el mes de marzo de 2010. No se evidenciaron registros completos, porque estaban hasta el mes de agosto y con relación a otras metas como realizar el 10% de consejerías maternas del FFDS, la misma es desconocida por la responsable del programa.

Lo anterior implica la ausencia de información pertinente y adecuada para realizar indicadores que conlleven a la vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población e informar sobre enfermedades de notificación obligatoria.

Las precitadas inconsistencias incumplen lo estipulado en el literal c) y e) artículo 2 y literal a) artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

3.6.1.2. Por último sobre los planes operativos no se evidenció acto administrativo que los apruebe, por tanto se esta incumpliendo con el numeral 3 artículo 12 funciones de la junta directiva del Acuerdo 17 de 1997.

Esto implica que los planes operativos se deben aprobar para garantizar que se cumplan las actividades de la prestación del servicio, permitan mostrar todas las acciones que realiza el hospital en procura de dar cumplimiento a su misión y facilite el reconocimiento de quienes ejecutan las actividades.

Existe en la entidad en el componente de infraestructura física el proyecto de inversión “Adquisición de equipos y elementos de dotación general, para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy-Actualización 2008-2012.

Verificado el certificado de viabilidad y concepto técnico del proyecto el cual quedó registrado en el banco de programas y proyectos con el código 20100403, del 21-09-2010, este proyecto tiene como objetivo general: Mejorar la accesibilidad y respuesta en la prestación de servicios asistenciales en Salud, a través de la adquisición de equipos y elementos de dotación hospitalaria, que permitan garantizar un mejor acondicionamiento de las áreas asistenciales y de apoyo administrativo de los servicios componentes de la ESE Hospital Occidente de Kennedy.

Objetivos específicos: 1. Mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios, mediante adquisiciones que estén a la vanguardia con los avances tecnológicos y científicos; mediante la compra de equipos o elementos que por su uso se den de baja y no tengan reemplazo en el corto plazo. 2. Contribuir con el mejoramiento de la Calidad percibida por nuestros usuarios, mediante la destinación de los recursos económicos para las vigencias anuales, el crecimiento de los servicios y/o productos del Hospital.

La meta: Adquirir, sustituir o reemplazar, los equipos que sean indispensables en las áreas y que por su condición requieran de un cambio inmediato (menor de un año), en un 100% de acuerdo a la disposición anual de recursos para inversión.

La meta no quedo planteada en términos absolutos, sino que la relacionan en términos porcentuales, mediante oficio se le solicita a la administración que informe cual fue la meta programada para la adquisición de los equipos y cuantos los remplazados, la entidad informó que lo programado fue 566 de elementos de los cuales 459 son adecuaciones de estantería tipo liviana, sillas, lockers metálico, puestos de trabajo, puertas, gabinetes, divisiones de vidrio, mesas de juntas, bibliotecas, superficies y equipos biomédicos, que corresponde presupuestalmente a \$297.767.063 recursos propios.

Y con recursos del Fondo Financiero-Secretaria Distrital de Salud se compraron 107 equipos biomédicos (relacionados cuando se hace revisión de contratos), por un valor de \$625.000.000, para un total de 566 metas ejecutadas, que costaron \$922.767.063; cumpliendo física y presupuestalmente con el 93.3% de la ejecución.

Para el proyecto de “Adquisición de equipos y elementos de dotación general, para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy-Actualización” se le asignó \$989.000.000 de los cuales se comprometieron \$922.767.063 que corresponde al 93.3% y se giraron \$621.797.876 equivalentes al 76% del presupuesto, de estos recursos \$297.767.063 son propios y el resto \$922.767.063 son recursos del Fondo Financiero-Secretaria Distrital de Salud.

Revisada la información y realizado el cruce con documentos como el certificado de viabilidad y concepto técnico dado por la Secretaria Distrital de Salud, se observó que el proyecto “*Adquisición de equipos y elementos de dotación general para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy –Actualización fue viabilizado el 21-09-2010*” y que el convenio interadministrativo de cooperación suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención –Empresa Social del Estado 1121 -2009, por valor de \$4.174.429.802; con objeto “*Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado: “Actualización, Adquisición de Equipos y Elementos de Dotación General para las instalaciones del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención”,* fue firmado el 28 de agosto de 2009.

Y que con cargo a este convenio se ejecutó el contrato N.169-09 de compraventa celebrado entre la empresa social del estado Hospital Occidente de Kennedy III nivel y Nancy Tatiana Villamil Percipiano, el cual fue firmado el 30 de diciembre 2009. Realizando la ejecución real el 16-04 2010 evidenciado con factura N. 52-47 al entrar los elementos objeto del contrato “compra de mobiliario Médico “camillas para transporte de pacientes, camas para hospitalización y camas eléctricas para UCI”.

Otros contratos que se ejecutaron con cargo al convenio 1121-09 fueron: El contrato N.117-10 de compraventa celebrado entre la empresa social del estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y Top Medical Systems S.A. Con objeto: Compra de equipos para el área de imágenes diagnosticas como se detalla a continuación: Estación de diagnóstico, sistemas PACS servidor +programa, 10 estaciones de consulta por valor de \$67.591.600; Verificando que estuvieran funcionando y ubicadas en áreas donde requieren el servicio.

También se revisó la orden de compra 125-2010 celebrado entre el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y Equipos Joserrago S.A. con objeto compra de estufas para el área de nutrición como se detalla a continuación: cocina de 4 puestos, plancha y horno, una plancha asadora con gratinador, horno con termostato de seguridad, parrilla en fundición de hierro, plancha en platina de hierro, quemadores indeformables en hierro y mueble en acero inoxidable, cocina de 5 puestos y plancha de tres puestos... Por valor total de \$13.500.000 firmado el 25 de junio de 2010. Observando que están funcionando y prestando servicios según requerimientos de alimentación.

Revisión de la orden de compra N.258-2010 celebrada entre el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y solo Genéricos Ltd. Con objeto compra de tres (3) electrocardiógrafos por valor total de \$19.836.000; en la visita se encontró que el electrocardiógrafo ubicado en el quinto piso área Especialidades no estaba funcionando hace un mes, por cuanto no tenía papel, a pesar haber realizado los requerimientos no lo habían dado. El otro electrocardiograma que lo habían asignado a Salud Mental, lo trasladaron para el área de Neumología porque el que estaba en esta área, se había dañado y el tercer electrocardiograma, estaba ubicado en el área de Unidad Renal funcionando.

Orden de Compra N.116-2010, celebrada entre la empresa social del estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y la firma Bioelectrolab E.U, Con objeto: es la compra de Equipos biomédicos para diferentes áreas de la Empresa, como se detalla a continuación: Fonendoscopio de dos servicios, marca ALP K2 –Japonés-color negro-uso adulto, niño, neonatos, Balanza mecánica de brazo basculante con tallimetro, Oxímetro de pulso marca Mindray Ref. PM-50, Termohigrometro análogo tipo comercial. Marca Brixc, Laringoscopio “Millar” de fibra óptica marca Welch Allyn. Americano, Sierra Eléctrica para cortar yesos marca Dimeda-alemán,

Aspirador Portátil Marca Thomas-USA., Tensiómetro de aneroide manual marca: ALP-K2-Japonés con brazaletes pediátrico, Fonendoscopio de dos servicios marca: Welch Allyn, color negro uso pediátrico, amplifica y esclarece los sonidos orgánicos, Biombo de dos cuerpos marca: Nacional, estructura fabricada en tubería redonda, Pieza de mano Tipo NSK, Micromotor platino con contra Angulo, Lámpara Cuello de cisne marca: Kramer con base triangular y Escalerilla de dos pasos marca:Market medical, para un total de 54 equipos.

En la visita realizada para verificar la entrada, el estado y el funcionamiento de los anteriores equipos biomédicos, se evidencio que las balanzas con tallimetro no tenían el tallimetro, y una de las cuatro (4) balanzas, estaba ubicada en Coordinación de Urgencias por cuanto no estaba calibrada, y los ingenieros del hospital le habían hecho la respectiva calibración.

En el área de Salud Oral se realizó visita el 13 de abril de 2011 y se encontró que una de las piezas de alta velocidad marca Gad Dental-serie:C91124445, con factura de entrada N.379 de 13 de septiembre de 2010; no estaba funcionando por que se había dañado, es decir con 7 meses de uso.

3.6.1.3. Orden de compra N.263-10 celebrada entre la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y Hospimedics S.A., con objeto compra de equipo médicos para sala de partos como se detalla: Histeroscopio diagnóstico, camisa diagnostica de flujo simple, camisa circular de flujo continuo, pinza semi rígida terminada en tijera X 3 unidades, pinza semi-rígida para kit, cable guía de luz, recipientes plásticos (2) con sus tapas (2) por valor de \$21.746.128 firmado el 16 diciembre de 2010.

En la visita realizada para verificar la entrada, el estado y el funcionamiento del Histeroscopio; se encontró que una de las partes; la Camisa Circular de flujo de 4.5mm de 5 FR Modelo A4776, según factura 47806, no empataba por el diámetro, y se dieron cuenta que no empataba el lente a la camisa del Histeroscopio el día de la inducción, la asesora se compromete a diligenciar la solicitud de la nueva camisa para su respectivo cambio el día 9 de marzo, fecha en el cual dieron la inducción a la coordinadora del área de esterilización; la asesora quedo de entregar la nueva camisa en veinte días hábiles.

No se evidencio a la fecha (05 de abril-2011), de la visita de la Contraloría un documento soporte, donde se observara el trámite de cambio o de compromiso del mismo y/o la fecha de entrega de la parte del Histeroscopio, que faltaba para que funcionara el instrumento.

Se le solicito a la coordinadora de esterilización que investigara si había algún documento que soportara o evidenciara el trámite para el cambio de la camisa, y que lo allegara a la oficina de la Contraloría; lo que allegaron fue un oficio de fecha (abril 06 de 2011), dirigido al gerente donde le informan del cambio de la camisa

de doble flujo ya que el diámetro de esta es menor al telescopio y por tanto no es posible realizar procedimientos.

Lo anterior demuestra (oficio remitido por el hospital con fecha de 06-abril-2011), que solo hace la diligencia después de la visita realizada por la Contraloría, hechos que permiten observar las debilidades que existen a nivel de la supervisión de la orden de compra N. 263 de 2010. Así las cosas, se nota que se está infringiendo el numeral 2 de las funciones y obligaciones del supervisor y/o interventor: en el literal d) y e), de la Resolución 000474 del 04 septiembre 2007 Por la cual se modifica la Resolución 0333 del 29 de abril de 1997 y se expide el Manual de Supervisión e interventoría de la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, y el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Al no funcionar el histeroscopio en el Servicio de Ginecología y Obstetricia se desmejora la calidad en la atención de las usuarias en aspectos como: eficiencia en el diagnóstico y mejores resultados terapéuticos, al realizar procedimiento quirúrgicos con histeroscopio disminuyen los riesgos, los costos, y se mejora la detección precoz de patología endometrial, este entre otros son algunos de los procedimientos que se haría con la histeroscopia, planteados en oficio 06 de septiembre de 2010, que es el documento de justificación para la compra de este equipo; es así que se requiere mayor atención para que se agilicen los procedimientos para el cambio de este equipo médico que es muy útil en el servicio de ginecología y obstetricia lo que redundaría en mejorar la calidad en los servicios de las usuarias.

El anterior proyecto se ejecutó y los contratos celebrados están orientados a dar cumplimiento a las metas programadas, lo que se observa en la ejecución de algunos contratos son debilidades en el proceso de supervisión.

Otro proyecto que formuló el hospital Occidente de Kennedy III Nivel de atención en la cuenta INTEGRACION DE SUBSISTEMAS DE INFORMACION, fue “Renovación del Sistema de información dinámica gerencial en el Hospital Occidente de Kennedy”, por valor de \$205.000.000. El cual tiene certificado de viabilidad y concepto técnico, registrado en el banco de programas y proyectos de la Secretaria Distrital de Salud con código N.20102304, el 03 de 06 de 2010.

3.6.1.4. De éste proyecto se observa que en la ficha EBI-B quedo registrado que *“el proyecto es coherente con el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para Vivir Mejor, objetivo estructurar Ciudad Global, Artículo 13 numeral 4 - Disminuir las brechas tecnológicas y de conocimiento para afianzar el perfil competitivo de la ciudad”*

En el informe rendido en el aplicativo SIVICOF - CBN-1014 Informe de Plan de Desarrollo, el hospital relaciona que el proyecto “Renovación del Sistema de Información Dinámica Gerencial en el Hospital Occidente de Kennedy” está ubicado en el objetivo estructurar “Gestión Publica Efectiva y Transparente” y no

relaciona a que estrategia, ni programa pertenece el proyecto; sin embargo en el objetivo señala “Formular y operar un sistema informático que permita gestionar de forma única la historia clínica” por tanto se evidencia que el proyecto sí, apunta a dar cumplimiento al Plan de Desarrollo Distrital, aun cuando no quedo bien registrado en la Ficha EBI-B, con la cual le dieron certificado de viabilidad y concepto técnico, en la Secretaria Distrital de Salud.

También se observó que los objetivos general y específicos descritos en el “formato CB-0408A - programación y seguimiento a plan de proyectos de inversión –objetivos-“ rendidos en SIVICOF: objetivo general: Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población de la localidad Kennedy, la red suroccidente y el distrito capital.

Objetivos Específicos: “1. *Actualizar la plataforma tecnológica con la cual cuenta el Hospital para el manejo del aplicativo de Dinámica Gerencial, permitiendo manejar toda la información Institucional de manera integral y oportuna. 2- Sistematizar la Historia Clínica digital agilizando el proceso de atención de los usuarios. 2. Yener un Sistema de Información actualizado, acorde a las necesidades de la Institución con Historia Clínica Digital; son diferentes a los enunciados en el Plan de Desarrollo del hospital ítem objetivo”.*

Meta: Migración de los Datos y Actualización de la Plataforma tecnológica de la Herramienta visual FOX a la Herramienta. NET 3.5 y recibiendo nuevas funcionalidades del aplicativo Dinámica Gerencial, Sistematizar todo el Proceso de Historia Clínica Digital.

Lo anteriores hechos evidencian que no hay claridad y falto control al momento de realizar el diligenciamiento de los formatos de la Metodología General Ajustada, establecida por el Departamento de Planeación Nacional para la formulación de proyectos, igualmente no se revisó el concepto técnico emitido por la Secretaria Distrital de Salud donde lo ubica en un objetivo que no es el mismo al cual lo orienta el hospital; por tanto van en contravía con lo enunciado en los artículo 2 Principios de política pública y de acción, numeral 1. Coherencia.” El accionar de la administración distrital se corresponderá con su discurso y con su manera de entender y pensar la realidad que busca abordar” y el artículo 2 –Objetivos Estructurantes “La administración distrital articulará el conjunto de sus acciones en torno a programas sectoriales e intersectoriales que dan contenido a los siguientes objetivos estructurantes” del Acuerdo 308 de 9 junio de 2008; también se trasgrede el literal e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información de sus registros Ley 87 de 1993.

La ambigüedad en la información, impide corroborar los objetivos a los cuales apuntan las acciones adelantadas como también determinar el grado de ejecución de las metas, en razón a que estas no están direccionadas al cumplimiento de los objetivos propuestos.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Para este proyecto se asignó \$205.000.000 y se comprometieron \$204.160.000 que corresponde a 99%, se giraron \$51.040.000 equivalentes al 25% del presupuesto con recursos del hospital.

Este proyecto se está ejecutando a través del contrato N. 091-10 de prestación de servicios celebrado entre la empresa social del estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y Sistemas y Asesorías de Colombia S. A., con objeto: prestación de servicios de mantenimiento y actualización del aplicativo dinámica gerencial para la vigencia 2010-2011 e implementación de la versión 3.5 Net para SQL Server, implantación total de todos los módulos en Net y servicio de soporte, mantenimiento y actualización hasta un año contado a partir de la expedición del registro presupuestal y acta de inicio. Por valor de \$204.160.000, firmado el 19 de julio de 2010, el cual está en ejecución.

El hospital en general tiene indicadores administrativos, de producción hospitalaria, cobertura, calidad y oportunidad, e igualmente los clasifica en trazadores y centinelas.

Como se puede evidenciar en el siguiente cuadro de oportunidad de consulta externa los servicios de ginecobstetricia, pediatría, ortopedia, cardiología, dermatología, nefrología, recién nacidos y ginecología prenatal presentaron un decrecimiento en la oportunidad en días para la atención en consulta externa en más de un 100% de variación comparando la vigencia 2009 y 2010; no sucede igual con las especialidades gastroenterología, neumología, neurología, y psiquiatría que se incrementaron bastante los días para la atención en consulta externa, en la vigencia 2010.

CUADRO 20

INDICADORES DE OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA 2010-2009				
ESPECIALIDAD		TOTAL AÑO 2010	TOTAL AÑO 2009	VARIACION 2010 VS 2009
OPORTUNIDAD EN DIAS PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	GINECO-OBSTETRICIA	3,4	14,5	-324%
	PEDIATRIA	3,6	10,0	-179%
	MED INTER	27,0	11,4	68%
	CIRUGIA GENERAL	6,0	6,2	-3 %
	CIRUGIA VASCULAR	4,6	6,8	-47 %
	UROLOGIA	26,4	15,6	41%
	GASTROENTEROLOGIA	20,7	15,3	26 %
	OFTALMOLOGIA	15,1	11,9	21%
	ORTOPEDIA	4,5	9,9	-120 %
	OTORRINO	11,5	4,5	61%
	ANESTESIA	8,5	10,3	-21%
	CARDIOLOGIA	9,1	18,5	-104 %
	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	3,8	4,5	-17 %
	CIRUGIA PLASTICA	2,8	2,9	-6 %
	COLPOSCOPIAS	3,9	4,8	-23 %
	DERMATOLOGIA	5,2	14,5	-181 %
	NEFROLOGIA	9,6	24,3	-153 %
	CIRUGIA PEDIATRICA	6,8	4,0	41 %
	NEUMOLOGIA	20,8	0,8	96 %
	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1,0	00	100 %
NEUROCIRUGIA	3,3	3,8	-13 %	
NEUROCIRUGIA EPILEPSIA	2,8	4,1	-48 %	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

INDICADORES DE OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA 2010-2009			
ESPECIALIDAD	TOTAL AÑO 2010	TOTAL AÑO 2009	VARIACION 2010 VS 2009
NEUROLOGIA	22,2	13,5	39 %
NEUROLOGIA PEDIATRICA	0,0	0,0	00
RECIEN NACIDOS	5,0	11,0	-120 %
OPTOMETRIA	00	7,7	
GINECO-PRENATAL	3,8	12,9	-237 %
NUTRICION	2,3	11,0	-371%
HEAMATOLOGIA	0,0	0,0	00
ONCOLOGIA	1,9	2,0	-4%
PSIQUIATRIA	27,3	9,0	67%
TOTAL PROMEDIO	9,1	9,5	

FUENTE: Informe rendido en SIVICOF- Estadísticas HOK- oficina de Plantación

3.6.2. Evaluación Balance Social

Examinada, analizada la documentación del Balance Social, rendido en la cuenta por el Hospital Occidente de Kennedy III nivel, ESE con el fin de evaluar la gestión social alcanzada por la institución, se cotejó que estuviera dentro de los parámetros de la metodología, planteada por la Contraloría de Bogotá, numeral 5 de la Resolución Reglamentaria 001 de enero 26 de 2007, evaluándose cada componente.

El Hospital Occidente de Kennedy, cumplió en su informe de Balance Social, con el numeral 5 Resolución Reglamentaria 001 de enero de 2007, por cuanto relacionó tres problemáticas muy sentidas por el hospital: Altos niveles de mortalidad materna perinatal, la morbimortalidad en niños y niñas menores de un año y la accesibilidad a los servicios de salud especialmente en los servicios de urgencias.

Componente 1: Reconstrucción del Problema Social

Revisada la información expuesta en este componente se observó que el hospital relaciono para los tres problemas tres causas clasificadas en problemáticas sociocultural, económica y alta densidad poblacional.

Los efectos mencionados son de toda índole tales como embarazos en adolescente, nacimientos prematuros, con bajo peso, problemas de nutrición, aumento en patologías de alto riesgo, complicaciones en los embarazos y partos que requieren atención calificada, mortalidad materna y perinatal inaceptable, se ha aumentado el cuidado prenatal por médico o enfermera, falta de acompañamiento familiar y social, y nacimientos con enfermedades trasmisibles por no utilizar pruebas rápidas.

En aras de mejorar la atención se está utilizando el modelo analítico para reducir la mortalidad materna modelo de las “tres demoras” la primera demora es la que se presenta cuando la mujer no reconoce tempranamente los signos que indican que debe acudir al médico, porque se ha presentado una complicación; la

segunda demora es causada por la dificultad de acceder a los servicios y la última demora originada por la atención inoportuna en las intervenciones para tratar la complicación en las instituciones de salud.

La Focalización está delimitada por localidades Bosa, Puente Aranda, Fontibón, y Kennedy, se especifica el grupo etéreo a que corresponde la población, los estratos predominantes y también mencionan como factores de riesgo el analfabetismo, la vinculación laboral y la autonomía de sus ingresos.

En relación a los actores que intervienen se evidenció la presencia del Ministerio de Protección Social, Secretaria Distrital de Salud, la Red Materna y Perinatal; Comité Materno Perinatal Distrital y Por Redes y hospitales de la red privada EPS, EPS-S, Aseguradoras, Entes de Control Instituciones Gubernamentales CRES, y Supersalud.

Componente 2: Instrumentos Operativos para la Solución de los Problemas Sociales

Este componente establece el desarrollo de dos niveles uno de la administración y el otro de la entidad.

A nivel de la administración los instrumentos están dados por el Plan de Desarrollo Distrital de “Bogotá Positiva”, orientada a reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil a 9 por cada 1000 mil nacidos vivos.

La Estrategia del Plan de Desarrollo se dirigió a programas de promoción y prevención con proyectos como salud a su casa y fortaleciendo la calidad de la atención y mejorando la infraestructura hospitalaria.

Otra forma de mejorar en la Red Adscrita de los hospitales la atención a las gestantes y recién nacidos, es fortaleciendo los equipos de salud con el apoyo de ginecoobstetras y enfermeras capacitados.

También se está asegurando la disponibilidad de los servicios de salud, permanencia, calidad, y pertinencia a las mujeres gestantes y recién nacidos, brindando gratuidad, calidad y que con oportunidad se detecten posibles enfermedades.

Teniendo en cuenta que la mayoría de mujeres gestantes que mueren pertenecen al régimen contributivo, se está vigilando y controlando que se cumplan los protocolos de atención y se garantice la calidad y oportunidad en los servicios.

Institucionalmente la intervención está orientada a la disminución de la mortalidad materna perinatal, mejorar la calidad de vida de la población que asiste a la

institución con patologías obstétricas y ginecológicas, mejora la accesibilidad y oportunidad en la prestación del servicio a este grupo poblacional, disminuye costo para el paciente como para el hospital reflejados en la atención de los pacientes, fortalece el trabajo interinstitucional (red materna y perinatal) y fortalece el proceso de la promoción y prevención.

Componente 3 Resultados en la Transformación de los Problemas

El Hospital Occidente de Kennedy relaciono algunas acciones como mantenimiento de la infraestructura-Dotación, mejoramiento de los procesos, guías y protocolos del manejo del área de ginecoobstetricia, actividades de promoción y prevención, vigilancia epidemiológica relacionada con la mortalidad materna perinatal.

Con relación a las metas las tiene para cada una de las problemáticas, sin embargo algunas están enunciadas en términos porcentuales sin aclarar en números absolutos a que corresponde ese 100%.

El ítem de presupuesto está relacionado para cada una de las problemáticas señaladas, y por servicios en cada una de ésta. En este tema no se refieren a giros porque lo asignado por lo general es lo ejecutado y corresponden a recursos propios.

En cuanto a los indicadores, se observa algunos indicadores que no tienen claramente definidas la variables de las formulas, como se muestra en el numeral 1.3.2 indicadores del documento de Balance Social-rendido en el aplicativo Sivicof-vigencia 2010.

Observación. Teniendo en cuenta la metodología prevista para la elaboración de Balance Social, Resolución Reglamentaria 001 de enero de 2007, se concluye que el Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE, presentó el informe con todos los ítem de la metodología, sin embargo existen deficiencias como las observadas en algunos indicadores y metas cuyas variables no son precisas, además la mayoría de las metas las bajaron con relación a la vigencia anterior.

Así las cosas, se observa que a pesar de estar trabajando más de dos años con estas problemáticas y estar mejorando procesos, procedimientos, capacidad instalada, las metas están subestimadas porque no superan o al menos mantienen los resultados alcanzados.

3.6.2.1. Falta fortalecer los mecanismos de información entre las áreas asistencial y administrativa, para que la fuente de verificación sea el área donde se produce la información y/o se presta el servicio.

A.- Otra meta que se revisó y verificó fue la meta “Para el año 2011 realizar 473 colposcopias” y las ejecutadas fueron 255, para la vigencia 2010, de acuerdo con la información confrontada en el documento rendido por planeación lo programado en colposcopias fue de 587 consultas y las realizadas fueron 545. Teniendo en cuenta esta diferencia se acudió a los registros primarios en los cuales se evidenció que se realizaron 248 colposcopias en la vigencia 2010. La diferencia fue de 225 consultas que no se realizaron, por lo tanto se alcanzó una ejecución del 52% los anteriores hechos evidencian que no lograron la meta, por ende están transgrediendo lo enunciado en el literal c) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

B.- En la fuente primaria mediante Acta de visita 18 de marzo de 2011, se verificó la meta del -Área de promoción y prevención: *“Durante el año 2011 realizar el 70% tomas de exámenes de VIH/SIDA a las pacientes que asistan a la consejería y que el pagador autorice la toma”*, mostrando en el documento de balance social que lo programado fue de un 70%. De esta meta se observa que en la fuente primaria no tenían todos los registros, y los que existen, son los que envían a la Secretaría Distrital de Salud. Tales como: Número de personas con VIH y número de personas con SIDA, número de personas con VIH en tratamiento antirretroviral, número de mujeres gestantes con VIH y otros que suman 10 registros y entre esos registros hay dos indicadores. Según lo señalado se está contraviniendo los literales e), f), artículo 2 Ley 87 de 1993 y literales J) y K) artículo 3 de la Ley 152 de 1994. Estos aspectos son debilidades y permiten analizar que la información no es confiable y que los resultados no están mostrando la gestión del hospital.

3.6.3. Evaluación Plan de Ordenamiento Territorial-POT

El Hospital Occidente de Kennedy está incluido en el Decreto 318 de 2006, el cual crea el Plan Maestro de Equipamiento en Salud-PMES- que es un instrumento de planificación para el desarrollo y ejecución del Plan Ordenamiento Territorial-POT.

La ejecución y puesta en marcha del Plan Maestro de Equipamiento en salud-PMES-le corresponde a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) como ente rector a nivel Distrital; éste plan se coordina y ejecuta a través de las direcciones: administrativa, de desarrollo de Servicios y de Planeación y Sistemas de la SDS.

El Decreto 318 de 2006, establece como plazo para su ejecución hasta el 31 de diciembre 2019, se considera el corto plazo desde la fecha de publicación hasta el 2008; como el mediano plazo hasta el 2012 y como largo plazo hasta el 2019.

Este proyecto según el anterior decreto estaba programado para ejecutarse en el corto plazo de 2006 al 2008, pero no se le había asignado recursos, e inicialmente se aprobaron recursos por valor de \$627.000.000.000 y el 28 de diciembre de 2007, la ESE, suscribió el contrato N.148 de 2007, para la ejecución

del proyecto “Reforzamiento Estructural y Ampliación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel”, con la firma CONSULTORA CONSORCIO KENNEDY, cuyo objeto es “la prestación de servicios para la realización de los estudios de vulnerabilidad sísmica, revisión y ajustes del levantamiento arquitectónico existente y proyectado, elaboración del reordenamiento físico hospitalario, diseño estructural, diseño de redes hidrosanitarias, red contra incendios, redes eléctricas de voz y de datos, gases medicinales, gas natural, diseño de ventilación mecánica y aire acondicionado, levantamiento y diseño estructural de lo existente y lo proyectado, estudio de suelos, plan de regularización y manejo, y los demás estudios que se requieran, tramite, gestión y consecución de las licencias ante las entidades competente, necesarias para la ejecución de la obra, entrega de la licenciaron los soportes”

El convenio se prorrogó hasta junio de 2010, el 08 de marzo de 2010 se entregó el proyecto para la solicitud de licencias de contratación a la Curaduría Cuarta. Este proyecto tiene tres etapas 1. Etapa de construcción del edificio y la adecuación de urgencias, 2. Construir el edificio administrativo y 3.Reforzamiento.

El estudio se terminó el 31 de diciembre de 2010, culminando con la licencia de construcción, la Resolución 0970 de 2010 “Por la cual se adopta el plan de regularización y manejo para el Hospital Occidente de Kennedy” evidenciado en 11 folios, con fecha de firma el 03 de mayo de 2010. También se observaron los planos urbanísticos y el plano de intervención espacio público.

Este proyecto ha sido socializado a la comunidad como se constató con las actas que allegaron a este grupo auditor, sin embargo se observa que el acta N. 01 Reunión Asociación de usuarios –Oficina de Planeación-Consorcio Kennedy, de fecha 11-03-10 con hora de inicio 9:30 y hora de terminación 11:30 a.m., no esta firmada. Existe otra acta con N.01 con objetivo de la reunión: Presentar el proyecto de reforzamiento y reestructuración del Hospital Occidente de Kennedy. Elegir veedores del proyecto, pero no se evidencia firma de todos los participantes, solo del presidente de la asamblea y la secretaria de la misma. Existe otra acta que tiene una fecha (14-02-2011) que no tiene número de acta, hora de inicio y de terminación, no tiene escrito quien es el presidente del comité y el secretario, y anexaron una hoja con firmas de los participantes. La forma como están diligenciadas las actas no da confiabilidad en la información.

3.7 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Occidente de Kennedy III, comprendió la verificación y revisión de la información reportada en los formatos CB-1112 Grupo 2 en cumplimiento de la Resolución 01 de 2011 de la Contraloría de Bogotá, D. C. se verificó el grado de avance en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA y del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios de las dos sedes Hospital Kennedy y Unidad de

Farmacodependencia y se realizó la calificación al Control Interno con una calificación de 1,5.

La entidad obtuvo para la vigencia 2010, de acuerdo con la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación ponderada para la gestión del PIGA DE 41,46% y de -43,24% para agua, energía, residuos convencionales, no convencionales y reciclaje; esta calificación se encuentra soportada en la evaluación y verificación de los recibos de cada uno de los componentes de los años 2007, 2008, 2009 y 2010, contra la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF por el Hospital, ocho actas de visitas realizadas, la revisión de diecisiete contratos relacionados con la gestión ambiental de la entidad, la información remitida y las verificaciones de Auditoría.

CUADRO 21

**CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL
GRUPO 2 – ENTIDADES DISTRITALES QUE NO FORMAN PARTE DEL SIAC PERO SON
EJECUTORAS COMPLEMENTARIAS DEL PGA DEL DISTRITO CAPITAL Y SU
INSTRUMENTO DE PLANEACIÓN AMBIENTAL ES EL PIGA**

PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL - PIGA					
RANGO DE CALIFICACIÓN	Altamente eficiente	Eficiente	Aceptable	Insuficiente	Deficiente
ASPECTO A CALIFICAR	91% -100%	71% – 90%	61% – 70%	36% – 60%	0% – 35%
Ponderado de implementación de programas de gestión ambiental				41.46	
Ponderado de metas de ahorro de agua, energía, disminución de residuos y reciclaje versus metas programadas					-4.25

Fuente: formato CBN 1112 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

En los programas de uso eficiente de Energía, Agua y Residuos Convencionales se observan unos incrementos promedio del -1.47%, contra una meta que de acuerdo a los resultados alcanzados en los cuatro años de 12%, se encuentra sobreestimada.

En los residuos No convencionales entre los años 2006-2007 se encuentra un incremento de 48.380 kilos, el cual alcanza el 70% de incremento de los residuos contra una meta del 12% de reducción, este hecho marca una fuerte distorsión que al consolidar los resultados para ponderarlos arroja un -4.25% por debajo de la meta programada.

INFORME SECRETARIA DE AMBIENTE

Verificado el reporte del avance del PIGA del sujeto de control remitido a la Secretaría de Ambiente, se constató que: en Metas y Objetivos tiene cuatro programas de Ahorro y uso de energía, Ahorro y uso de agua. Manejo integral de residuos y Gestión Contractual.

En el Plan de Acción únicamente esta la socialización de tips para ahorro de agua en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2010, la relación de capacitación y los registros de generación de residuos convencionales y no convencionales.

Después de analizada la información entregada y verificada, la gestión realizada no se refleja en el informe porque no están todos los programas entregados a la Contraloría, por lo tanto la información ambiental no es congruente en su totalidad.

PRESUPUESTO

El presupuesto 2010 que invirtió el Hospital durante la vigencia 2010 para dar cumplimiento a la ejecución de los programas ambientales de agua, energía, residuos (convencionales y no convencionales), alcanzó un valor de \$1.100.099.758 y las seis ordenes de prestación de servicios y cinco ordenes de suministro por valor de \$57.447.565, representan el 0.9% del presupuesto de la entidad (\$125.015.155.813), y el 14.7% del rubro gastos de funcionamiento (\$7.893.054.341, discriminados así:

**CUADRO 22
INVERSION Y COSTOS GESTION AMBIENTAL
VIGENCIA 2010**

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR DE LA INVERSIÓN (Pesos \$)
HÍDRICO	Pago facturas Agua-Alcantarillado		419.009.050
	Compra de sistemas economizadores para 420 puntos hidráulicos (lavamanos, piletas, lavaplatos, duchas, sanitarios)	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	
	Subtotal		
ENERGIA	Pago facturas Energía		429.290.050
	Mantenimiento de la planta eléctrica	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	
	Subtotal		
RESIDUOS	Pago Facturas Residuos corrientes y especiales	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	251.800.658
Contratos	Ordenes Prestación (6) Servicios y Suministros (5)		57.447.565
	TOTAL INVERSIÓN		1.157.547.323

Fuente: Certificado Presupuestal Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

Las inversiones ejecutadas por el Hospital, fueron direccionadas específicamente al pago del consumo de energía, agua y residuos, los cuales fueron objeto de incremento en relación con el año anterior, la entidad no destino recursos para

invertir en la prevención, mitigación y compensación de los procesos que deterioran los recursos agua, aire, suelo, biológicos, el ecosistema como tampoco en los que generan mejoramiento en la calidad ambiental.

RESULTADOS GESTION 2.010

PLAN DE ACCION ANUAL INSTITUCIONAL PIGA

**CUADRO 23
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY PIGA
VIGENCIA 2010**

PROGRAMA DE GESTIÓN AMBIENTAL PIGA	ESTRATEGÍA PGA A LA QUE PERTENECE	ACCIONES	METAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (ESTADO DE AVANCE)
Ahorro y uso eficiente de energía	Fortalecimiento Institucional.	Ahorro y uso eficiente de energía	100%	55%
Ahorro y uso eficiente de agua	Fortalecimiento Institucional.	Ahorro y uso eficiente de agua	100%	42%
Gestión Integral de Residuos	Fortalecimiento Institucional.	Gestión Integral de Residuos	100%	27%
Aprovechamiento de Reciclaje	Fortalecimiento Institucional.	Aprovechamiento de Reciclaje	100%	3.1%
Buenas Practicas	Fortalecimiento Institucional.	Buenas Practicas	100%	80.3%
TOTAL			100%	41.46%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

El Hospital presento bajos niveles en el cumplimiento de las metas definidas para el ahorro y uso eficiente de energía, agua, generación de residuos con el incremento en la generación de reciclaje, en buenas prácticas en actividades como revisión cumplió con las programadas pero el efecto de estas revisiones no se evidencia.

Los siguientes son los cinco subprogramas y sus 21 objetivos:

AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA

- Generar y promover una cultura de ahorro de agua tanto en nuestro recurso humano como en los usuarios.
- Evitar la perdida de agua logrando un uso racionalizar del agua en la institución.

AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA

- Configurar el computador, fotocopiadora, impresora, y de demás aparatos eléctricos de utilización directa en las oficinas, en el modo de "ahorro de energía" siempre que sea posible.
- Apagar los equipos informáticos, al salir de la entidad o si no se van a utilizar durante más de una hora.

- Equipos de computo o Fomentar el uso del correo electrónico para comunicaciones internas.
- Configurar el salva pantallas en el modo “pantalla en negro” y evitar las imágenes debido a que consumen mayor energía. Se aconseja un tiempo de 10 minutos para que entre en funcionamiento este modo. Una pantalla monocromática consume menos que una a color.
- Utilizar la vista previa antes de imprimir un documento.
- Apagar la pantalla del computador personal para ausentarse de la oficina por más de 15 minutos.
- Impresora y fotocopidora: Activar el modo “ahorro de toner” al imprimir o fotocopiar, en caso de que exista esa opción.
- Emplear cartuchos de toners reutilizados cuando sea necesario y situar los usados en un contenedor para facilitar su recogida.
- Con el fin de contribuir al reciclaje y ahorro de papel se sugiere colocar cerca de la impresora y fotocopidora, una bandeja con papel para reutilizar por la segunda cara, al igual que el papel empleado por las dos caras se debe dar de baja en el contenedor azul, destinado para tal fin y que se encuentra al lado de las impresoras.
- Alcanzar un ahorro del 12% en el 2010 versus el 2009.

AHORRO Y USO EFICIENTE DE MATERIALES

- 100% de cumplimiento en la normatividad vigente.
- 80% de personal capacitado y asesorado en el manejo de residuos Hospitalarios para el 2011.
- Adquisición de cultura ambiental en un 70% a todo el personal.
- Alcanzar un ahorro en residuos convencionales del 12% en el 2010 versus el 2009.
- Alcanzar un ahorro en residuos no convencionales del 12% en el 2010 versus el 2009.
- Reciclaje Alcanzar un incremento del 12% en el 2010 versus el 2009.

MEJORAMIENTO DE CONDICIONES AMBIENTALES INTERNAS

- Adquirir un 50% más de nivel de confort dentro de la institución.
- Prevención de Enfermedades y disminución de la accidentalidad en la institución.
- Programación de mantenimiento a las luminarias existentes.
- Retiro de cajas de archivo dentro de las oficinas.
- Educar al personal asistencial en cuanto al uso de celulares y altavoces dentro de las áreas críticas en el Hospital.
- Buscar alternativas de comunicación en el servicio de vigilancia con auriculares para evitar el ruido propinado por los radios.
- Adecuar un sistema de extracción de olores para la cocina y cafetería.

PROGRAMA DE PRODUCCION MÁS LIMPIA

- Incentivar al personal para la realización de una correcta segregación.
- Devolución al proveedor de lámparas fluorescentes para reciclaje de materiales.

-Gestionar la oportuna devolución a los respectivos proveedores de medicamentos próximos a vencerse, mediante un seguimiento estricto a las fechas de vencimientos de los medicamentos.

La Entidad se fijó unas metas de 100% para la ejecución de sus programas de gestión ambiental PIGA y obtuvo un puntaje de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., ponderado para el periodo 2007-2010 de 41.46%, el cual califica su gestión como **Insuficiente**.

PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL

Para los programas de gestión ambiental de uso y ahorro eficiente del agua, energía, manejo de residuos sólidos y reciclaje, el hospital formuló unas metas de reducción en los consumos del 12% y un incremento del 12% para reciclaje, el cumplimiento ponderado de los cuatro años fue del -4.25%, discriminadas así:

CUADRO 24
METAS PONDERADAS 2007 A 2010

COMPONENTE	META (%)	META ALCANZADA (%)
AGUA	12	-1.87%
ENERGÍA	12	-1%
RESIDUOS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES	12	-15.97%
RECICLAJE	12	1.84%
TOTAL	12	-4.25%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

Uso Eficiente de la Energía. Desarrolló estrategias y/o acciones definidas en el programa de ahorro de energía como la capacitación y sensibilización con el objetivo de apagar bombillos y poner en reposo los equipos de cómputo cuando no estén en uso y la colocación de stickers con mensajes de bajar el consumo de energía en los interruptores.

CUADRO 25
CONSUMO DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	DIFERENCIA DE VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	VALOR ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN EN PESOS DE \$	DIFERENCIA ANUAL DEL VALOR CANCELADO EN PESOS DE \$	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2007	1.635.530	93.689	321.667.092	13.841.018	12%	5.4%
2008	1.566.699	68.831	350.760.792	-29.093.700	12%	4,20%
2009	1.623.081	-56.382	405.516.252	-54.755.460	12%	-3,60%
2010	1.655.806	-32.725	430.822.252	-25.306.000	12%	-2,00%
Meta Ponderada						-1%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

En el comportamiento del programa de uso eficiente de la energía para el periodo comprendido entre los años 2007 al 2009, se observa para los años 2007 y 2008 una tendencia a la disminución pero para los años 2009 y 2010 es de crecimiento del consumo

La Entidad se fijo una meta de 12% de reducción del consumo de energía y obtuvo un puntaje para este componente de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., un incremento ponderado para el periodo 2007-2010 de -1.87%, el cual la califica como **Deficiente**.

Uso Eficiente del Agua. La entidad mediante capacitación realizó la sensibilización y motivación del personal para el ahorro del agua y aplico estrategias como la información de daños y fugas a mantenimiento, y la publicación de stickers relacionados con la campaña para ahorro de agua.

Como medida de control sanitario adelantó el lavado, limpieza y desinfección de los tanques de reserva del agua potable del Hospital y de Floralia coordinado por Mantenimiento - Subdirección Administrativa y Financiera, registros verificados por la auditoria.

Durante el año 2010 el Hospital y la Unidad de Farmacodependencia consumieron 5.126 mt³ y 532 mt³ para un total de 5.628mt³ promedio mensual por un costo anual de \$ 135.9 millones⁹.

**CUADRO No.26
CONSUMOS DE AGUA DE 2007 A 2010**

VIGENCIA	CONSUMO ANUAL EN	DIFERENCIA ANUAL M3	VALOR CANCELADO ANUAL PESOS \$	DIFERENCIA ANUAL DEL VALOR PESOS \$	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2007	77.502	-11.817	226.088.361	-1.568.568	12%	-17.99%
2008	60.075	17.427	374.330.412	-148.242.051	12%	22%
2009	63.803	-3.728	210.767.483	163.562.929	12%	-6%
2010	69.099	-5.296	234.141.394	-23.373.911	12%	-8%
Meta Ponderada						-1.87%

Fuente: formato CBN 1112 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

La tendencia en el volumen de consumo de la entidad para los años 2006-2010 fue de incremento del 17.99% con 11.817 metros cúbicos entre los años 2006-2007 y para los años 2008, 2009 y 2010 la tendencia de crecimiento es menor, el único periodo de disminución y cumplimiento de la meta con 17.427 metros

⁹ Facturas de cobro Acueducto.

cúbicos fue durante los años 2007-2008. En los resultados alcanzados durante los cuatro periodos analizados se constata el incumplimiento de la meta.

Aguas Residuales, el hospital dentro de su sistema hidráulico de drenaje tiene una Trampa de Grasas a la salida del servicio de ensamble de alimentos, la cual estaba siendo objeto de limpieza por parte de la administración, pero los concesionarios de cafetería y restaurante no asumen sus obligaciones de limpieza y manejo de la trampa de grasas, en razón a la no exigencia del cumplimiento de estas obligaciones en los contratos de concesión por parte de la administración, asumiendo el hospital los costos de limpieza y tratamiento de los residuos generados que son no convencionales.

Vertimientos Industriales. La entidad genera este tipo de vertimientos y realiza de forma periódica la caracterización de sus aguas residuales, en los cuales se encuentra debajo de los parámetros mínimos, el Hospital desde el año 2009 realizo la solicitud a la Secretaria Distrital de Ambiente el permiso de vertimientos, el cual a la fecha no se ha sido otorgado.

La Entidad se fijo una meta de 12% de reducción del consumo de agua y obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Hídrico de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., un incremento ponderado del consumo para el periodo 2007-2010 de -1.87% el cual se califica dentro del rango de **Deficiente**.

Programa Ambiental para el control de emisiones a la atmósfera de la entidad. El hospital no cuenta con equipo automotor propio, realiza órdenes de prestación de servicios.

En el año 2010, la entidad no desarrollo programas ni acciones para el mejoramiento del aire y el control y monitoreo del ruido.

Equipos que Generan Emisiones

Fuentes Fijas – Calderas. La caldera suministra agua caliente y vapor, se encuentra en deficientes condiciones de orden y aseo, no tiene demarcados su componentes ni su área, se encontraron almacenados en su área materiales y objetos en desorden.

Programa Ambiental para el uso y ahorro eficiente en la generación de residuos sólidos. La administración no se encuentra comprometida con la generación de acciones que permitan reducir, minimizar, prevenir y mitigar las impactos ambientales propios del desarrollo de su misionalidad, como se constató en las actas de visita fiscal realizadas los días 3, 4, 8, 14 y 15 en las cuales se evidencio problemas en la separación de los residuos que traen como resultado el incremento de los residuos contaminados y corrientes.

En los contratos de órdenes de prestación de servicios de los auxiliares de enfermería, médicos y auxiliares administrativos, no se encuentran definidas como obligaciones las relacionadas con el PIGA.

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

Las capacitaciones adelantadas en el año 2010 estuvieron orientadas a sensibilizar al personal en la adecuada segregación de residuos y el programa de reciclaje, esta auditoría verificó los registros de capacitación, pero los soportes presentan deficiencias de diligenciamiento incompleto de los formatos, en algunos no hay fecha, cuantos o de que área son invitados los trabajadores, cuantos faltaron, que resultados arroja la retroalimentación de la capacitación, correctivos tomados, y otra información que permita observar los resultados de la capacitación y su retroalimentación. Por lo tanto los registros de capacitación tienen la información incompleta, hecho que dificulta identificar diferentes variables entre ellas cuales trabajadores invitados asistieron y el llamado a los que no asistieron.

Además los trabajadores son 1500 y se capacitaron 600 en el año 2010.

La entidad suscribió contrato de manejo de elementos de reciclaje producidos con la Cooperativa ANRT, la cual se lleva el material reciclado sin pago, como lo dispone la norma.

CUADRO 27
RESIDUOS CONVENCIONALES 2007-2010

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN K	DIFERENCIA DE VOLUMEN ANUAL GENERADO EN K	VALOR ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN EN PESOS DE \$	DIFERENCIA ANUAL DEL VALOR CANCELADO EN PESOS DE \$	META PROGRAMA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2007	158.025	-9.502	59.346.970	-11.081.755	12%	-3.2%
2008	160.509	2.484	70.447.580	-11.100.610	12%	-1,57%
2009	161.445	936	94.171.350	-23.723.770	12%	-0,58%
2010	165.356	3.911	88.601.790	5.569.560	12%	-2,42%
Meta Ponderada					12%	-1.94%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

Durante los años 2007 - 2010, el hospital registro un permanente crecimiento en la generación de los kilos de los residuos convencionales. En relación con las sumas pagadas por el servicio de recolección, la tendencia es similar.

Programa Ambiental para el uso y ahorro eficiente en la generación de residuos Peligrosos

CUADRO 28
RESIDUOS NO CONVENCIONALES
TIPO DE RESIDUO: PELIGROSOS X ELECTRICOS Y ELECTRÓNICOS _____

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN Ks	DIFERENCIA DE VOLUMEN ANUAL GENERADO EN Ks	VALOR ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN EN PESOS DE \$	DIFERENCIA ANUAL DEL VALOR CANCELADO EN PESOS DE \$	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2006	117.724	-48.380	108.546.260	58.383.950	12%	-70%
2008	114.011	-3.713	108.110.440	435.820	12%	-3%
2009	160.465	-46.454	160.843.280	-52.732.840	12%	-41%
2010	169.574	-9.109	166.989.968	-6.146.688	12%	-6%
Meta Ponderada					12%	-30%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

El comportamiento de la generación de residuos peligrosos tiene un crecimiento del 70% entre los años 2006-2007 y del 41% entre los años 2008 - 2009, para los años 2008 y 2010, los incrementos son del -3% y del -6% respectivamente.

La Entidad se fijo una meta de 12% de reducción en la generación de residuos convencionales y no convencionales y obtuvo un puntaje para este componente de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., por el incremento ponderado para el periodo 2007-2010 de -30%, el cual la califica como **Deficiente**.

Programa Ambiental para el uso y generación eficiente de Material Reciclado
CUADRO 29
MATERIAL RECICLADO

VIGENCIA	PESO ANUAL RECICLADO EN Kg.	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO EN Kg.	META PROGRAMADA DE RECICLAJE	META ALCANZADA DE RECICLAJE
2007	26.600	452	12%	0,19%
2008	27.248	648	12%	2,40%
2009	27.716	468	12%	1,70%
2010	28.567	851	12%	3,10%
Meta Ponderada				1.84%

Fuente: Formato CBN 1112 Grupo 2 Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

La Cooperativa ANRT es la encargada de clasificar, empaquetar y llevarse el reciclaje, dando como contraprestación capacitación. La Entidad se fijo una meta de 12% de incremento en la generación de reciclaje y obtuvo un puntaje para este componente de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., por el incremento ponderado

para el periodo 2007-2010 de 1.84%, el cual la califica como **Deficiente**.

Las acciones que ha implementado el Hospital para prevenir, mitigar y compensar los posibles impactos ambientales causados por el uso y el aprovechamiento de los recursos naturales y del ambiente, no han generado un mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos, por el contrario los incrementos en el uso de agua, energía, en los kilos de residuos convencionales y no convencionales generados coadyuvan a incrementar los impactos ambientales

Resultado de la auditoria se establecieron los siguientes presuntos hallazgos:

Plan Institucional de Gestión Ambiental –PIGA y Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios – PGIRH

3.7.1 Actas del Comité de Gestión Ambiental

El acta del mes de marzo de 2011 deja constancia de que no se realizó la reunión y verificados los documentos no se realizó el acta del mes de noviembre de 2011.

Por el contenido e inconsistencias evidenciadas en la revisión de las Actas del Comité de Gestión Ambiental, se concluye que en las actas no se determinan acciones, compromisos y tareas dirigidas al cumplimiento de las obligaciones del comité ni de los coordinadores de las dos sedes del hospital frente al programa de gestión ambiental. Estos hechos configuran un presunto hallazgo administrativo, en razón a las evidentes inconsistencias observadas por este ente de control, además tampoco participan en las reuniones del comité de gestión ambiental todos los integrantes definidos en la Resolución 139 de 2010, las precitadas inconsistencias incumplen los artículos 4, 7, 9 y 10 de la Resolución 139 de 2010 del hospital, Decreto 1299 de 2008, literal f artículo 2 y c) del artículo 4 Ley 87 de 1993.

3.7.2 Fuentes Fijas- Caldera

A. Hace parte del sistema de suministro de vapor y agua caliente, el área está en deficientes condiciones de aseo, mantenimiento e infraestructura de pisos, techo y paredes los cuales no están acordes con los requerimientos de seguridad y de salud ocupacional que deben reunir estas instalaciones.

B. No están demarcadas las áreas de la caldera y sus equipos, no están rotulados sus componentes, en razón a que la entidad no ha realizado los trabajos pertinentes, la falta de señalización de la caldera y sus partes incrementan las condiciones de inseguridad para la entidad, sus trabajadores y pacientes. Fotos 1, 15 y 16.

C. En la visita realizada se observó que en la planilla de mantenimiento no se deja evidencia diaria de los parámetros básicos, la entidad no tiene un formato que contemple estos parámetros, el monitoreo parcial puede permitir que los trabajadores no identifiquen de forma oportuna los riesgos de operación de la caldera. Hay un libro de entrega de turno, en el cual los operarios de mantenimiento reportan algunos parámetros de las calderas, pero no tiene una trazabilidad que determine los parámetros básicos que se deben medir para el control de las calderas

D. En el cuarto de calderas se encuentran materiales y objetos en desorden y desaseo, los trabajadores no realizan de forma periódica la organización del área, lo cual puede originar condiciones higiénicas y de seguridad nocivas tanto para los trabajadores como para el hospital. Foto 5.

E. Los cuatro calderistas no tienen capacitación específica en el control y manejo de las calderas.

Las precitadas observaciones son originadas por la ausencia de implementación de los parámetros de seguridad y manejo definidos en las normas, las falencias para realizar el manejo de las instalaciones y el monitoreo de forma técnica así como la realización de los trabajos necesarios de pintura, rotulación, diseño de una hoja de control diario con los parámetros que aseguren el monitoreo de estos equipos, la capacitación de los trabajadores y la exigencia y seguimiento de las condiciones de orden y aseo. Tanto la sumatoria como una de las observaciones enumeradas originan riesgos de explosión, incendios, cortos, enfermedades comunes y profesionales con posible afectación de los trabajadores, pacientes y vecinos, además en su administración la entidad debe contemplar las implicaciones legales y financieras que generan las fallas catastróficas y los accidentes, se debe considerar entre los objetivos principales minimizar los riesgos, con la implementación de políticas de salud y seguridad en las labores de mantenimiento y operación.

Estas observaciones se configuran como un presunto hallazgo administrativo en razón a la omisión del cumplimiento de lo dispuesto en los literales a, b, c del artículo 80, los artículos 81, 82, 112, 113, 114 y 117 de la Ley 9 de 1979, los artículos 6 y 209 de la Constitución Política de Colombia, los procedimientos 39 y 43 de la Circular 0016 de 2009; los literales a) y f) art. 2, literal e) art. 4ª de la Ley 87 de 1993; numeral 2 del art. 5ª y numeral 3 del artículo 6ª Decreto 243 de 2009; art. 1ª Resolución 761 de 2009.

3.7.3. Tanque obsoleto de ACPM, esta ubicado en el patio de mantenimiento, frente al tanque de ACPM que esta en uso, tiene varios años de no ser utilizado, presenta mal estado en la pintura, la lámina y se convierte en un riesgo por posible condensación de gases, además contamina. Fotos 22 y 25.

Las variantes condiciones atmosféricas a las que esta expuesto, generan desgaste de la capa protectora pintura, porosidad del metal y generación de gases con riesgo de explosión, las precitadas inconsistencias tienen su origen en falencias administrativas e incumplen lo definido en los artículos 113,114, 117,125 y 206 de la Ley 9 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, y se constituyen como un presunto hallazgo administrativo.

3.7.4 USO EFICIENTE DE MATERIALES Deficiencias en infraestructura, orden, ropa de trabajo, aseo

A. En las instalaciones de la cafetería del segundo piso, se encontraron condiciones de infraestructura deficientes como son: pared en ladrillo y cemento sin terminados Foto 27, las señoras del contrato de aseo utilizan el cuarto de la ventilación del auditorio como guardarropa pero solo tienen un locker y la ropa se encuentra en ganchos colgada en cualquier sitio, además se encuentran diferentes cosas en desorden Foto 28, también hay un triplex que recubre un hueco que da al auditorio Foto 29.

B. Al costado occidental el Hospital tiene unas escaleras que conectan desde el primer hasta el sexto piso, las cuales no son objeto de aseo regular, las paredes presentan deficientes condiciones de pintura, tienen dibujados graffitis, algunas áreas de los muros presentan humedad y descascaramiento. Las puertas permanecen con llave y no se transitan con frecuencia el área, pero este hecho no es óbice para deficiente estado de aseo y mantenimiento. Ver fotos 32 a la 41.

En estas escaleras se observa que los descansos del segundo y tercer piso son utilizados como depósitos desaseados y desordenados de instrumentos de aseo, cajas con documentos, asientos y otros. Fotos 32 a 41.

C. La mayoría de los trabajadores de mantenimiento no tenían la ropa de trabajo (overol azul) y la administración entrega la dotación anualmente a los trabajadores de planta y en el contrato de prestación de servicios de los trabajadores de mantenimiento no se encuentre ninguna obligación relacionada con la ropa de trabajo.

D. Unidad de Farmacodependencia. Baño del Médico de Turno. Se encontraron techos y paredes con filtraciones de agua, humedad, pintura descascarada y lama. Fotos 115 y 116.

Unidad de Farmacodependencia. Baño del Médico de Turno. Se encontró rota la rejilla del baño. Fotos 158. Ver nota pie pagina No. 2-3.

Unidad de Farmacodependencia. Taller de Carpintería. Se encontraron techos y paredes con filtraciones de agua, humedad y pintura descascarada. Fotos 163 y 164.¹⁰

Unidad de Farmacodependencia. Área del carro de paro, 1 piso. El área se encuentra en deficientes condiciones de aseo.

Unidad de Farmacodependencia. Baño para pacientes Piso 1. El fluxometro se encuentra tapado con una bolsa, porque tiene problemas y no ha sido arreglado. Foto 165.

E. Unidad Renal. En los salones de diálisis se encontraron dos rejillas plásticas rotas, que pueden ocasionar accidentes laborales o los trabajadores y accidentes a los pacientes, además de dar una mala presentación. Fotos 76 y 76

F. Área de Mantenimiento. Desorden y deficientes condiciones de aseo. En la visita al área de Mantenimiento en especial en los talleres de metalmecánica, calderas, almacén, talleres de plomería, ebanistería, eléctrico, cuarto de bombas, patio área del tanque de ACPM, calderas, cuatro oficinas de mantenimiento, corredor, área del patio enfrente de las oficinas de mantenimiento, se encontró humedad¹¹, descascaramiento, deficiencias en aseo y desorden de elementos, entre otras razones porque una sola trabajadora de la empresa de aseo es responsable del aseo de las precitadas áreas en un horario de cuatro horas al día, y como la cual no es objeto de reemplazo cuando se enferma. Fotos 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 23.

Unidad Renal. En uno de los consultorios se observa un estante con elementos de diversa clase como documentos, insumos médicos, cuadernos y otros en desorden. Foto 77.

²⁻¹⁰ **(Guía de la OMS sobre calidad de aire interior: Humedad y moho** “La presencia de agentes biológicos en interiores está condicionada a la humedad y a una ventilación inadecuada.

El exceso de humedad produce un crecimiento de microbios como el moho, hongos y bacterias en la mayoría de materiales interiores, que posteriormente emiten esporas, células, fragmentos y compuestos orgánicos volátiles en el aire. Por otra parte, la humedad provoca la degradación química o biológica de materiales, que también contamina el aire.

Los ácaros del polvo, productores de alérgenos, se ven favorecidos por entornos húmedos así como los hongos, que producen también alérgenos, irritantes y micotoxinas, en algunos casos carcinógenas. La humedad favorece también la presencia de cucarachas y roedores, que son también fuente de alérgenos).

Sala de Observación de Urgencias. A la entrada de la sala se encuentra un cuarto como de aseo, el cual se encuentra abierto y en desorden. Foto 82.

Las causas de estas falencias son originadas en la no exigencia por parte de la entidad a los trabajadores del cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad industrial, de unas condiciones óptimas de presentación personal y disposición del área de trabajo, de un plan de mantenimiento y aseo periódico del área que garanticen unas condiciones laborales y físicas óptimas. En el caso de la empresa de aseo los problemas son tanto de falencias del supervisor del contrato como de inspecciones del referente ambiental y traen como resultado condiciones de trabajo y salud ocupacional poco saludables y mezcla de residuos además de posibilidades de contaminación de las áreas asistenciales con hongos, moho y otros agentes patógenos.

Estas inconsistencias se configuran como un presunto hallazgo administrativo por el incumplimiento de los lineamientos definidos en los artículos 98, 99, 111, 112 y 206 de la Ley 9 de 1979, artículos 29 y 33 de la Resolución 2400 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.7.5 Equipo de panadería sin utilizar. Esta ubicado en el Taller de Panadería de la Unidad de Farmacodependencia, desde el año 2010 no se utiliza de acuerdo a lo manifestado por los trabajadores por falta de instructor, el costo de los equipos de acuerdo al inventario de Salud Mental a 2011 asciende a \$26.640.800 y esta en uso desde octubre de 1999. Este hecho ocasiona la disminución del valor de los bienes por el nivel de obsolescencia con el paso de los años, con el consecuente riesgo de deterioro por falta de uso y una gestión antieconómica Fotos 151 y 152

CUADRO 30
INVENTARIO ELEMENTOS PARA PANADERIA –
Unidad de Farmacodependencia

No.	DESCRIPCION	UNIDAD	VALOR
1	Artesa galvanizada P.I. 7242	1	\$205.931
2	Batidora de 20 cuadros, 3 velocidades, motor de ½ caballo monofásico, S/N 9803100P.I.7243 fabricado en España	1	\$3.146.167
3	Cámara de crecimiento para 12 latas de 00x40 CMS. En lámina de acero inoxidable P.I.7240-7241	2	\$2.486.425
4	Escabiladero para 12 latas P.I. 7245	1	\$190.677
5	Horno de panadería con dos cámaras para dos latas C/U. Control de temperatura independiente y termostato P.I.7238-7239	2	\$5.593.185
6	Tarima en fibra de vidrio medidas de la base 8 mm de espesor de 90 x 90	1	\$508.471
7	Cortadora manual de masa para pan, capacidad de 3 cortes P.I. 7246	1	\$4.237.283
8	Estufa eléctrica monofásica MSA Haceb S/N 184201482 P.I.8303	1	\$313.854
9	Nevecon MCA Whirlpool, fabricante de hielo en cubos de 2 P.I. 7880	1	\$2.999.981
10	Horno microondas MCA Black&Decker S/N Z00TY2 P.I. 7866	1	\$120.712
11	Horno microondas MCA Panasonic digital referencia RF.NN 5556 LS/N AW 702800640 P.I. 7867	1	\$270.540



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	DESCRIPCION	UNIDAD	VALOR
12	Licuada de frasco para llevar de 1 litro, con tapa para frasco, con tapa para picar mínimo 3 velocidades MCA Oster P. I. 788	1	\$67.500
13	Cocina de 5 puestos con horno M-65	1	\$6.500.000
TOTAL			\$26.640.809

Fuente: Inventario general de bienes en servicio a febrero 28 de 2011 –Oficina de Activos Fijos Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE

Este organismo fiscalizador observó que no se efectuó una buena utilización de los recursos, al no mostrar una adecuada planeación, que es uno de los principios importantes de la cosa pública, como se evidencio estos elementos no están cumpliendo con el fin para el cual fueron adquiridos, por lo tanto esta situación se constituye en un presunto Hallazgo administrativo por trasgresión a los fines de la contratación estatal plasmados en el artículo 3° del Estatuto de Contratación Administrativa y los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.

3.7.6 Trampas de Grasa

A. Concesiones de Restaurante y Cafetería. Aguas Residuales, el hospital dentro de su sistema hidráulico de drenaje tiene una Trampa de Grasas a la salida del servicio de ensamble de alimentos, la cual estaba siendo objeto de limpieza por parte de la administración, pero los concesionarios de cafetería y restaurante no asumen sus obligaciones de limpieza y manejo de la trampa de grasas, en razón a la no exigencia del cumplimiento de estas obligaciones en los contratos de concesión por parte de la administración, asumiendo el hospital los costos de limpieza y tratamiento de los residuos no convencionales generados por estas dos concesiones.

B. Unidad de Farmacodependencia. La cocina no tiene trampa de grasas, en consecuencia el Centro descarga sus aguas servidas con grasas y aceites que contaminan los ríos.

Estas falencias se configuran como un presunto hallazgo administrativo por que incumplen lo reglado en el Artículo 9 del Decreto 3075 de 1997, Artículo 72 del Decreto 1594 de 1984, Artículo 23 Resolución Distrital 3957 de 2009, Artículo 3 Resolución Distrital 1074 de 1997.

3.7.7 Revisados el contrato de aseo suscrito con GYE GRUPO Y ESTRATEGIAS A S SIGLA GYE S.A.S. No. 107-2010 el 3 de septiembre de 2010 \$355.989.420 con pagos mensuales de \$88.997.355, la O.P.S No. 281 de Servicio de Fotocopiadora suscrito el 29 de diciembre 2010 con Claudia Patricia Cortés \$25.000.0000, los contratos de concesión Contrato No. 12 de 2009 –Servicio de Concesión de la Cafetería Área Consulta Externa por \$30.000.000 al año con pagos mensuales de \$1.200.000 suscrito con JUAN CARLOS SANTA ARISTIZABAL y el Contrato de Concesión 142-09 celebrado entre la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE y la Unión Temporal Mallacol Ltda. y Manuel Antonio Rueda Escallon con el objeto de: *“En virtud del presente contrato el CONCEDENTE transfiere en CONCESION al*



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CONCESIONARIO, el uso y goce del área destinada por la Empresa Social de Estado Hospital Occidente de Kennedy III nivel para cafetería y restaurante y las Ordenes de Prestación de Servicios 1) Auxiliar de Enfermería No. 3571/10, \$977.000 2) No. 4419/10 \$1.074.700 3) 4900/10 \$1.954.000 4) 218/11 \$1.954.000 5) 1152/11 \$ 1.954.000 ANA ESPERANZA GONZALEZ OVALLE 2) Médico Cirujano ALIN JOSE BARRIOS MARENCO. Contrato No. 240 de 2010 \$3.150.000 y Auxiliar Administrativo Área Mantenimiento HERNANDEZ DUARTE ALBERTO OPS 2104 de 2009 se verificó que no tienen cláusulas relacionadas con la obligación de conocer y aplicar el PIGA de la entidad en la separación y manejo de los residuos, establecidos para el hospital. Este hecho se constituye en un presunto hallazgo administrativo en razón a que la gestión tanto la empresa de aseo como los contratos de concesión ordenes de prestación de servicios tienen incidencia en la generación de residuos y cumplimiento de los programas de ahorro y uso de agua, energía y residuos. Lo anterior contraviene lo establecido en el PIGA de la entidad, por no inclusión de estas cláusulas dentro de estos contratos. En razón a que la gestión tanto la empresa de aseo como de los contratos de concesión y prestación de servicios tienen incidencia en la generación de residuos y cumplimiento de los programas de ahorro y uso de agua, energía, al no incluirlos ni monitorearlos se desconoce su gestión y puede estar incrementando los residuos convencionales y o convencionales.

Las precitadas observaciones configuran un presunto hallazgo administrativo por contravención al PIGA del Hospital y la Resolución 2676 de 2000 y los literales a) y f) art. 2, literal e) art. 4ª de la Ley 87 de 1993.

Revisados los contratos de servicio de aseo y los tres de concesión de fotocopidora, cafetería y restaurante, se verificó que no tienen cláusulas relacionadas con la obligación de conocer y aplicar el PIGA de la entidad en la separación y manejo de los residuos, establecidos para el hospital. Este hecho se constituye en un presunto hallazgo administrativo en razón a que la gestión tanto la empresa de aseo como los contratos de concesión tiene incidencia en la generación de residuos y cumplimiento de los programas de ahorro y uso de agua, energía y residuos. Lo anterior contraviene lo establecido en el PIGA de la entidad, por no inclusión de estas cláusulas dentro de estos contratos.

Las precitadas observaciones configuran un presunto hallazgo administrativo por contravención al PIGA del Hospital y la Resolución 2676 de 2000 y los literales a) y f) art. 2, literal e) art. 4ª de la Ley 87 de 1993

3.7.8. Medicamentos e insumos hospitalarios vencidos o próximos a vencerse

A. Almacén. Dentro de los medicamentos de control se encontraron ciento noventa y siete (197) ampollas de Fenobarbital con fecha de vencimiento Marzo 2011.

B. Unidad de Farmacodependencia. Carro de Paro. En la revisión se encontró que la planilla de los medicamentos e insumos hospitalarios tiene fecha 24 de septiembre de 2010. Foto 153.

C. Unidad de Farmacodependencia. Carro de Paro. En la revisión se encontró que la guía de intubación para adultos estaba vencida porque presentaba fecha de esterilización 3 de noviembre de 2010. Foto 154.

Estas observaciones tienen su origen en el incumplimiento y falencias de control de las estipulaciones de manejo de medicamentos e insumos e plasmadas en las actividades 5.3, 5.4 y 5.5 del procedimiento Semaforización para medicamentos y Dispositivos Médicos, 5.3 del Procedimiento Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos y del Anexo 2 del Manual de Procedimientos de para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios, Resolución 01164 de 2002 y las mismas generan el riesgo de dispensación a los pacientes de medicamentos e insumos vencidos así como incertidumbre de la fecha de revisión y control de los insumos del carro de paro.

3.7.9. Blister sin rotular tabletas

A.- Unidad de Farmacodependencia. Oficina Enfermería Piso 2. En el carro de medicamentos se encontraron dos tabletas sin rotulación (stiker con el nombre medicamento y fecha vencimiento) Fotos 155 y 156. Esta inconsistencia puede originar el suministro de un medicamento equivocado o vencido con problemas para la salud de los pacientes e incumplimiento de lo estipulado en los numerales 3.3. Norma 03 Rotulación del Manual de Normas Técnicas de Calidad del INVIMA y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.7.10 Incumplimiento lineamientos archivo

Los documentos de los once contratos evaluados fueron entregados incompletos al igual que la información entregada por las diferentes oficinas en las cuales se constato que los documentos son archivados en A-Z, con más de 200 folios, se encuentran documentos de los años 2009, 2010 y 2011, las unidades documentales no presentan su trazabilidad y los documentos no están archivados de acuerdo a las normas definidas por la Resolución por la cual se establece el Subsistema de Gestión Documental y Archivo, aprobada mediante Acta No. 32 del 7 de octubre de 2010, El plazo para entregar la documentación era noviembre de 2010 de acuerdo al acta No. 30 de 2010.

Las precitadas inconsistencia constituyen un presunto hallazgo administrativo por contravención de las normas definidas dentro de su Sistema de Gestión de Calidad Control de documentos, Control de Registros NTGP1000:2004 y artículos 11, 12, 16, 24, 26 y 46 de la Ley 594 de 2000, lo anterior por el desconocimiento de los trabajadores de estas normas y tiene como consecuencia el archivo en A-Z y carpetas de una gran cantidad de folios hecho que dificultad la manipulación y origina la destrucción y daños de los mismos, además de la ausencia de trazabilidad para la identificación de los documentos.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

3.7.11 Revisado el Contrato de Concesión 142-09 celebrado entre la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III nivel ESE y la Unión Temporal Mallacol Ltda. y Manuel Antonio Rueda Escallon con el objeto de: *“En virtud del presente contrato el CONCEDENTE transfiere en CONCESION al CONCESIONARIO, el uso y goce del área destinada por la Empresa Social de Estado Hospital Occidente de Kennedy III nivel para cafetería y restaurante, ubicada en la Avenida Primero de Mayo No 75 A 19 sur Primer Piso, para la prestación del servicio de cafetería y restaurante, asumiendo por su cuenta y riesgo la administración, manejo, adecuación y mantenimiento de las instalaciones, con el fin de comercializar desayunos almuerzos, comidas, alimentos comestibles, comidas rápidas y servicio de frutería y demás para los funcionarios, contratista, estudiantes, usuarios y visitantes que concurren a la entidad debidamente identificados, salvo restricción temporal por razones de seguridad y orden público”,* se verificó que dentro de la *“Cláusula DECIMO TERCERA: OBLIGACIONES DEL CONCESIONARIO – numeral 10. Dentro del valor de la concesión mensual quedara incluido los servicios de agua, alcantarillado, energía eléctrica, excluyendo el servicio de gas natural y servicio teléfono, que serán a cargo del concesionario”,* el Hospital no contempló el cobro del costo de los residuos convencionales y no tiene medidores para el cobro de agua, alcantarillado y energía. Además la entidad no tiene mecanismos para determinar los consumos de agua y energía, por lo tanto no sabe si con el canon de arrendamiento se alcanza a cubrir el costo de estos servicios. Este establecimiento tiene un total de 12 mesas con un total de 48 puestos y funciona de 6 a.m. a 9 p.m.

Por lo tanto el Hospital esta asumiendo el costo del servicio de aseo convencional de este negocio y desconoce si el valor del consumo de los servicios de agua, alcantarillado y energía es cubierto por el canon de arrendamiento, en razón a que los mismos no son objeto de medición.

Esta observación se configura como un presunto hallazgo administrativo y se enmarca en la segunda parte del artículo 6° de la Ley 610 de 2000 que define el daño patrimonial al estado y señala que este es producido por *“una Gestión fiscal Antieconómica, Ineficaz, Ineficiente, Inequitativa, inoportuna, que en términos generales no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programas o proyectos de los sujetos”* y los literales a) y f) art. 2, literal e) art. 4ª de la Ley 87 de 1993

Por lo tanto el Hospital esta asumiendo el costo del servicio de aseo convencional de este negocio.

Esta observación se configura como un presunto hallazgo administrativo y se enmarca en la segunda parte del artículo 6° de la Ley 610 de 2000 que define el daño patrimonial al estado y señala que este es producido por *“una Gestión fiscal*

Antieconómica, Ineficaz, Ineficiente, Inequitativa, inoportuna, que en términos generales no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programas o proyectos de los sujetos” y los literales a) y f) art. 2, literal e) art. 4ª de la Ley 87 de 1993

3.7.12 Plan Institucional de Gestión Ambiental –PIGA y Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios - PGIRH

A. **Área Administrativa.** Se encontraron deficiencias en la sensibilización del personal de las Oficinas Administrativas relacionadas con el Plan Institucional de Gestión Ambiental, entre ellas están: oficinas administrativas de: Servicios Quirúrgicos, Control Interno, Control Interno Disciplinario, Hospitalización y Servicios Quirúrgicos, Enfermería, Contratación, Asesoría de Planeación, Activos Fijos, Asesora Jurídica, Gerencia, Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud, el área de cafetería, Tesorería y Copagos, Subgerencia Administrativa, Recursos Físicos del Área Administrativa, Gestión Humana, Auditoría Médica, Cartera, Autorizaciones, Facturación, Servicios Generales

B. La mayoría de los servidores públicos de las Oficinas Administrativas indagados, desconocen que es el PIGA y como acceder a este documento en la página de intranet del hospital.

C. Energía. Cafetería Segundo Piso. Tiene una estufa marca Haceb de dos puestos que esta prendida en alto desde las 5:30 a.m. hasta las 5 p.m., en razón a que el hospital no tiene una greca para calentar el agua y el café, hecho que incrementa el consumo de energía y esta en contra de las políticas de ahorro definidas en el PIGA. Ver fotos No. 26.

D. Tapa de Tanque de Agua. Se encuentra en mal estado de pintura, hecho que genera oxido que puede generar riesgos por contaminación del agua potable que se consume en el hospital. Fotos 6 y 7.

E. Las oficinas No cuentan con los recipientes grises para realizar la separación de los residuos y desconocen que residuos van en cada recipiente. La cafetería Ver fotos No. 30

F. Se observa mezcla de residuos en los recipientes verdes como se verifico en las Oficinas de Control Interno Disciplinario, Enfermería y Control Interno. Ver fotos Nos. A. Uso inapropiado de los recipientes para disposición de residuos. Almacén Foto 24, Oficina de Enfermería Foto 44, Oficina de Contratación 45 y Oficina Disciplinarios 46.

..

H. Empresa de Aseo. En la revisión se constato desconocimiento del PIGA por parte de la Empresa de Aseo, en visita al área de la coordinación se encontraron residuos mal clasificados y en la revisión de la minuta del contrato no se encontraron obligaciones específicas al conocimiento y cumplimiento del PIGA y el PGIRH.

I. La mayoría de los recipientes en el área administrativa no tienen tapa, ni están rotulados con la clase de residuos que deben contener de acuerdo al color, como lo define el Anexo 2 del Manual de Procedimientos para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios.

J PIGA - Área Asistencial. Unidad de Farmacodependencia. Preguntados varios trabajadores sobre el PIGA, informaron no conocerlo.

K. Cajas de medicamentos e insumos hospitalarios depositadas en los recipientes de residuos sin destruir y/o inutilizar para evitar falsificación.

L. Sala de Observación Urgencias. En los recipientes verdes y grises sin tapa se encontraron cajas de medicamentos sin destruir Omeprazol. Foto 84.

M. Farmacia de Urgencias. En los recipientes verdes y grises sin tapa se encontraron cajas de medicamentos sin destruir. Foto 87.

N. Salud Oral. En un recipiente verde se encontró caja sin destruir para reciclar. Foto 109.

O. Central de Residuos. Se encontraron tarros de alimentos infantiles sin inhabilitar para evitar la falsificación. Foto 102.

P.- Central de Residuos. Se encontraron galones, cajas de medicamentos grandes y pequeñas sin inhabilitar para evitar la falsificación. Foto 103, 104 y 105.

K. Farmacia. Se encontraron cajas de medicamentos depositadas en recipientes verdes y grises sin destruir; se le informo a la Jefe de Farmacia y a todos los trabajadores que se encontraban sobre el riesgo de falsificación de medicamentos por la disposición de los diferentes empaques sin inutilizarlos, hecho que trasgrede lo establecido en el Anexo 2 del Manual de Procedimientos de para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios.

“Tanto el medicamento como los envases primarios y secundarios, empaques y etiquetas deben ser destruidos en su totalidad antes de su disposición en el rellenos sanitario. Algunos empaques, envases y etiquetas podrán ser reciclados previa inutilización de estos antes de ser entregados al prestador de servicios de reciclaje”. Fotos 52, 53, 54, 55 y 59.

R. Guardianes

Laboratorio, Se encontró un tubo de vidrio: Foto 65.

1. Unidad Renal. Se encontraron guardianes en los cuales depositan los tubos de macrogoteo. Ver fotos 73 y 74.
2. Consultorio Urgencias. El guardián esta lleno hasta el borde superior, generando peligro para los trabajadores. Foto 90.

S. Mezcla de Residuos Corrientes y Reciclables

1. Farmacia Central, Laboratorio y Farmacia de Urgencias. Se encontraron recipientes verdes y grises con mezcla de residuos 60, 61, 62, 64, 66 y 87.
2. Oficinas de Facturación y Fotocopiadora de urgencias se encuentran recipientes sin tapa y hay mezcla de residuos corrientes con potencialmente reciclables, dicen no conocer el PIGA.
3. Oficina de Trabajo Social, Psicología y Nutrición. No hay recipiente gris, en el recipiente verde hay mezcla de residuos y una caja sin destruir. Al preguntarle a la funcionaria dice no conocer el PIGA.
4. Urgencias Sala de Espera. No hay recipiente gris, hay dos recipientes verdes sin tapa y con mezcla de residuos. Foto 91 y 92.
5. Urgencias. Recipientes grises y verdes sin tapay con mezcla de residuos corrientes y reciclables. Fotos 96, 97, 99, 100 y 101.
6. Salas de espera de consulta externa y de urgencias no hay recipientes grises para el depósito de residuos potencialmente reciclables.
7. Salas de espera de consulta externa y de urgencias Los recipientes verdes no tienen tapa y no están rotulados como lo exige el Manual de Procedimientos de para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios, Resolución 01164 de 2002
8. Unidad de Farmacodependencia. Oficinas. Se encontraron recipientes grises y verdes sin tapa la mayoría y con mezcla de residuos corrientes y reciclables. Fotos 166, 167 y 168.
9. Hospital Día Niños y Adolescentes. Facturación, Salud Mental y Consultorio de Psiquiatría. Se encontraron recipientes grises y verdes sin tapa la mayoría y con mezcla de residuos corrientes y reciclables.
10. Almacén. Se encontró un recipiente verde sin tapa y con mezcla de residuos potencialmente reciclables. Foto 71.

T. Mezcla Residuos en recipiente rojo

1. Laboratorio, Se encontró un recipiente rojo con mezcla de residuos corrientes. Foto 63.
2. Urgencias. Recipiente Rojos con mezclas de residuos corrientes y reciclables. Fotos 94, 95, 98
3. Baños Urgencias para funcionarios. Tienen recipiente rojo sin tapa.
4. Unidad de Farmacodependencia. Baño del Médico de Turno y Baños de Trabajadores. Tienen recipientes rojas de biosanitarios para los baños. Foto 157.
5. Hospital Día Niños y Adolescentes. En un baño de trabajadores del 1 piso se encontró un recipiente rojo para biosanitarios
6. Unidad de Farmacodependencia. Área del carro de paro, 1 piso. En el recipiente rojo hay mezcla con residuos corrientes. No hay recipiente verde.

U. Mezcla residuos biosanitarios

1. Laboratorio. En un recipiente verde se encontró una jeringa y una caja de medicamentos sin romper. Foto 64.
2. Sala de Observación de Urgencias. En el galón donde se disponen los frascos de las ampollas usadas esta una botella plástica de bebida. Foto 81
3. Consultorios de Urgencias. En los recipientes verdes y rojos se encontraron mezcla de residuos corrientes, reciclables y biosanitarios. No hay recipientes grises para reciclaje. Foto 86.
4. Salud Oral. En los recipientes verdes, grises y rojos se encontró mezcla de residuos corrientes, reciclables y biosanitarios. Foto 106, 107, 108 y 110.
5. Residuos fuera de los recipientes.
En el Salón de Unidad Renal. En un asiento dejaron dos bolsas vacías de suero. Foto 75.
6. Almacén. En el baño de funcionarios el recipiente de residuos es rojo. Ver foto 79.
7. Sala de Observación Urgencias. En los recipientes rojos, verdes y grises, algunos de los cuales no tienen tapa, se encontró mezcla de residuos corrientes, reciclables y biosanitarios. Foto 83 y 85.
8. Baños Urgencias para funcionarios. Tienen recipiente rojo sin tapa.

V. Ausencia de recipientes para disposición de residuos. En varias de las áreas visitadas como facturación, estaciones de enfermería, sala de espera consulta externa y urgencias, entre otras.

W Uso inapropiado de los recipientes para disposición de residuos. La Farmacia de Cirugía. Utilizan el recipiente verde para colocar Cajas encima y dentro del recipiente se encontraron cajas de medicamento sin inutilizar y frascos de SVVFLORANO analgésico para ser entregados al laboratorio, de acuerdo a lo informado por el auxiliar de Farmacia.

Estas observaciones son resultado de falencias en la socialización y puntos de control del PIGA por parte del equipo ambiental del hospital (Comité de Gestión, Gestor y Referente Ambiental y de los trabajadores), lo cual se evidencia en la incorrecta disposición de los residuos convencionales y no convencionales en la entidad y trasgreden lo estipulado en el Plan de Gestión Integral de Residuos del Hospital, numeral 3.7.5.6 Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia Resolución 2676 de 2000 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993

Los problemas en la apropiación por parte de los trabajadores administrativos y asistenciales de los parámetros para disposición y manejo de residuos, como las deficiencias en el trabajo ambiental coordinado y una calificación ponderada de los componentes de control interno de 1,5; originan deficiencias que no permiten el cumplimiento de las metas de disminución residuos convencionales y no

convencionales, con el consecuente incremento en la generación de residuos convencionales depositados en el relleno sanitario Doña Juana y de el número de kilos de residuos no convencionales para tratamiento con el correspondiente incrementos en los costos de estos servicios, con incumplimiento de las metas del Plan Institucional de Gestión Ambiental y lo estipulado en el numeral 7.2.3 Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia, el Decreto 2676 de 2002 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8 EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS

El Hospital cuenta con el área de Atención al Usuario, el objetivo de esta es garantizar el derecho a la salud, promover la participación social a través del servicio al ciudadano y el trabajo constante mancomunado con las asocias de usuarios de la entidad. Con las diferentes formas de participación se busca hacer posible la exigibilidad de los ciudadanos en los derechos en salud como resultado de la información y capacitación ofrecida a los usuarios de los servicios y de otra parte la atención oportuna de las solicitudes.

El instructivo de socialización de deberes y derechos de los usuarios del Hospital Occidente de Kennedy, se sensibiliza a través de medios de comunicación como carteleras, Intranet, plegables y talleres; las acciones fueron orientadas hacia los ciudadanos y funcionarios de la institución.

La entidad cuenta con 8 buzones ubicados en las áreas de servicios del Hospital, para recoger las peticiones, manifestaciones y sugerencias que hacen los usuarios. Durante el año 2010 se presentaron 1123 escritos por parte de la ciudadanía, los cuales se clasifican en: derechos de petición, quejas, solicitudes, felicitaciones y reclamos, las manifestaciones más frecuentes están relacionadas con no oportunidad en programación de citas de especialistas, no oportunidad en suministro de medicamentos no incluidos en el POS, demora en inicio de tratamiento prioritarios o de alto costo-tutela y dificultad de acceso a servicios por inadecuada referencia –contrarreferencia; producto de quejas y evaluación, se genero un Plan de Mejoramiento de mejora, sobre quejas, reclamos y sugerencias en el área de Gestión de Consulta Externa- Subgerencia de Prestación de Servicios.

En el Plan de Mejoramiento de queja, reclamo y sugerencia, las acciones determinadas para subsanar las observaciones o no conformidades, se deja como único responsable de la ejecución de la acción de mejora a funcionarios del nivel profesional o vinculados bajo la modalidad de contrato, y no se incluye al responsables de los procesos o áreas; es de precisar que en los organismos y entidades públicas es responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente el Sistema de Control Interno.

CUADRO 31
COMPORTAMIENTO REQUERIMIENTOS 2009-2010

TIPO DE REQUERIMIENTO	Año 2009	Año 2010	% Comportamiento
DERECHO DE PETICION	275	248	-9.82
QUEJAS	253	288	13.83
RECLAMOS	162	315	94.44
SOLICIYUDES	186	253	36.02
FELICITACIONES	4	19	375.00
TOTAL	880	1123	

Fuente: Información Oficina de Calidad y Atención al Usuario

Comparado el total de escritos tramitados durante el año 2009 que ascendieron a 880, frente a los 1123 del año 2010, se presentó un incremento del 27.6 % en el periodo evaluado; esto obedeció en gran parte a la consideración que se tuvo sobre los atributos de calidad, en el sentido de que no se registraba los requerimientos que se solucionaban inmediatamente.

En esta auditoría se verificaron la respuesta de 110 escritos, los cuales fueron tramitados y contestados resolviendo el asunto de fondo y dentro de los términos referidos en el Código Contencioso Administrativo.

En cuanto a medios de comunicación, la ciudadanía consulta a través de la línea telefónica 195 sobre citas médicas con especialistas, además se solicita información general del hospital en la página www.bogota.gov.co en la guía de trámites y servicios, y en el mapa callejero la ciudadanía consulta información del Hospital Occidente de Kennedy. En la página Web del Hospital existe el Link de atención de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, a través de este aun no se han recibido quejas, sino consultas sobre los servicios que presta el Hospital.

Dentro de las acciones que se han emprendido con el fin de disminuir el impacto en los usuarios de los servicios del hospital y relacionados con el tipo de quejas, esta la de promover en la institución la cultura de humanización por parte de todo los servidores del hospital para ofrecer adecuada, oportuna, efectiva y amable atención al usuario del servicio. De otra parte se sigue capacitando a los funcionarios en derechos y deberes del usuario. Como resultado de lo anterior, se pretende que la gestión e interacción hospital-paciente, coadyuve en una mejor prestación de los servicios de salud por parte de hospital y en la satisfacción de cada uno de los usuarios de los servicios.

Reunión con la Ciudadanía

En cumplimiento del programa de auditoría se realizó reunión con la Asociación de Usuarios del Hospital Occidente de Kennedy, y manifestaron que se debe tener presente las siguientes situaciones durante la auditoría:

- El área de cartera presenta problemas en el sentido que está se ha incrementado en más de un 30%, durante el año 2010.
- No hay elementos necesarios como las suturas.
- En el área de cartera hay letras y pagares que suman aproximadamente \$30.000.000., y parece que no hay acciones oportunas para cobrarlas.
- Hay problemas con el área de radiología e imagen diagnóstica y farmacia en la prestación del servicio que les corresponde.
- Hay un solo proveedor de los kit para los tratamientos renales.
- Para el manejo del TAC únicamente se cuenta con un solo Funcionario que es tecnólogo, si esta persona no esta no se presta el servicio.
- No conocen los informes de gestión e interventoría a los contratos.
- Se han vuelto a presentar filas largas de pacientes desde las 3 a.m. para solicitar consulta externa.

Los temas tratados en esta reunión, fueron objeto de verificación durante el proceso auditor y el resultado hace parte del informe Gubernamental con Enfoque Integral, en los componentes de auditoría pertinentes.

DPC Tramitados

- **DPC No. 252-11** - Radicado con número 201134225 el 15 de Marzo de 2011, relacionado con el procedimiento de cirugía realizado a la señora MERI CONSUELO JAIMES PEREZ, se constato la hoja de admisión No.0001664677 del 28 de diciembre de 2010, la cual corresponde a la usuaria mencionada. Se verifico la Historia Clínica No. 837372, donde registra en el diagnostico de ingreso “varices grado II” y en el diagnostico de egreso “varicosafenectomía”.

Para el pago de los servicios de cirugía y hospitalarios prestados se constituyó pagare, el cual fue formalizado según factura No. HOK 0001687717 por valor de \$1.127.477, dinero cancelado mediante recibo de caja No. CP 9297 el 17 de febrero de 2011.

Es de anotar que en los documentos soportes del procedimiento quirúrgico se presentan vacíos tales como: No se reseña la dirección y teléfono de la paciente; en la Historia Clínica No. 837372, en la autorización para la cirugía no registra la firma del médico tratante, de otra parte se presenta inconsistencia en el número de registro de caja.

-Delito de fraude realizado por el contratista liquidador, el presunto delito se da en razón a que el funcionario no reporto ni entrego dineros a la Tesorería por concepto de cuotas de recuperación cobrados a los usuarios, el monto determinado ascendió a dos millones trescientos quince mil doscientos veinticinco pesos (\$2.315.225); el fraude fue detectado, como resultado de actividades de control que desarrolla la Tesorería, esta dependencia informo a la Gerencia con el oficio AT-456 del 24 de noviembre de 2010 sobre las irregularidades detectadas.

El dinero sustraído por el contratista, lo reintegro los días 25 de noviembre y 16 de diciembre de 2010, por un total de \$2.315.225.

Con el oficio SF 709-2010 del 25 de noviembre de 2010, se dio la terminación unilateral de la orden de prestación de servicios AD y PR 1 OPS 3631-2010 como Auxiliar Administrativo del contratista, esta determinación se formaliza con la Resolución No 630 de la Gerencia del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE, la Resolución se radico el 17 de enero de 2011, en la Procuraduría General de la Nación.

De otra parte se instauro denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación, por el delito de peculado por apropiación en provecho suyo de bienes del Estado el día 31 de diciembre de 2010.

- Contratos por prestación de servicios, sin que los contratistas cumplan con los requisitos requeridos.

El Hospital Occidente de Kennedy con el Acuerdo 024 de 2003, adoptó el Manual Interno de Contratación y con la Circular del 15 de septiembre de 2008, el Instructivo Documental Contratación Prestación de Servicios; estos documentos son guías que se tienen para cumplir en la vinculación de los servidores con la institución. Examinados y constatados los archivos que contienen las hojas de vida de los funcionarios relacionados en los puntos 4 y 5 de este DPC, se evidenció que se cumplió y conservan las copias de los documentos exigidos para la vinculación como contratista por prestación de servicios.

- El incentivo entregado a funcionarios, ligado al proceso de certificación que la Secretaria Distrital de Salud verifica en los hospitales del Distrito dentro de proceso de Habilitación que deben surtir, el cual es de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios de salud.

Los funcionarios fueron seleccionados en reunión de la Oficina de Calidad con los Subgerentes Administrativo y de Prestación de Servicios, el incentivo se entrego a través de la tarjeta de COMPENSAR y solo para funcionarios afiliados, servia única y exclusivamente para ser utilizados en los servicios de recreación que esta caja ofrece y no canjeables por dinero. Es de precisar que esto incentivos entregados no constituyeron gastos del presupuesto de la institución ya que los otorgo COMPENSAR.

- **DPC No. 008-11** - Radicado con Número 201100704 el 1 de enero de 2011, el déficit presupuestal en la vigencia 2010 disminuyó en \$2.118.771.694, comparado con la vigencia 2009.

En lo referente a las cuentas de resultado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010, la entidad obtuvo ingresos por \$106.585.903.542 superiores a los obtenidos en la vigencia anterior en cuantía de \$9.995.439.980 equivalente al 10.34%. De la misma manera los costos y gastos presentaron incremento del 10.35% y se cuantificaron en \$106.006.645.087, generando una utilidad del periodo de \$579.285.455.

Cartera, Verificado el estado de cartera por edades y deudores, el hospital a diciembre 31 de 2010 presenta un total de \$4.074.150.480, correspondiente a entidades en liquidación y otros pagadores pendientes de depurar, sobreestimando el saldo de la cuenta deudores así como resultado de periodos anteriores por cuanto estos no representan derechos ciertos para la entidad, en contravención al artículo 3ª de la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 y el numeral 4.2 de la Circular 01 de la Dirección Distrital de Hacienda.

Glosa, a diciembre 31 de 2010, según registros contables, el Hospital cuenta con glosa pendiente de contestar en cuantía de \$6.177.738.902, de los cuales \$169.172.616 tienen más de tres meses de atraso, afectando la liquidez de la entidad y contraviniendo lo preceptuado en el numeral 6 capítulo XIII del Manual de Procedimientos Contables expedido mediante Resolución 056 de 2007 del Contador General de la Nación y el numeral 4.2 de la Circular 01 de la Dirección Distrital de Hacienda.

Radicado con Número 201100704 el 1 de enero de 2011, el hospital cuenta con facturación pendiente de radicar ante los pagadores en cuantía de \$2.682.759.532 afectando la liquidez de la entidad y sobreestimando los resultados de periodos anteriores así como el saldo de la cuenta deudores en el valor de esa facturación pendiente de radicar con atraso de más de cinco (5) años.

Es de aclarar que la entidad no suministro información de facturación pendiente de radicar correspondiente a periodos anteriores a la vigencia 2006. Lo anterior en contravención a los artículos 38,39 y 40 del Decreto 050 de 2003, artículos 9, 10,11 y 12 del Decreto 3260 de 2004 vigentes en su momento, el artículo 21 del decreto 4747 de 2007 el inciso 4, artículo 7 del Decreto 1281 de 2002.

Facturación anulada, según información suministrada por la Entidad durante la vigencia 2010 se anularon más de 8000 facturas. De acuerdo a prueba selectiva realizada se evidenció el reemplazo de cada factura corrigiendo las inconsistencias presentadas.

SOLICITUD - Radicado con Número 201104827 el 20 de Enero de 2011

El Hospital Occidente de Kennedy, el 28 de diciembre sacaron a 60 contratistas y fuera del hecho nos deben sueldos desde noviembre, aduciendo la entidad no tener plata para pagar a los contratistas.

La entidad, para la contratación de los servidores lo hace de manera directa mediante orden de prestación de servicios personales, la cual esta sujeto al proceso de contratación, con base en estos instrumentos y demás requisitos se perfecciona la contratación; por los servicios prestados, se evidenció que el pago a contratistas se hace dentro del mes siguiente, una vez presenten los pagos parafiscales y de acuerdo al flujo de caja que maneja la Institución, de otra parte se evidencio que todos los contratistas se les cancelo dentro del mes siguiente ala prestación del servicio. Como se soporta en la cuenta de ahorros de Davivienda No. 005000847-9 de los meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero de 2011, según informe del área de tesorería.

En relación con el despido de 60 contratistas esto ocurrió por falta de recursos y baja capacidad instalada para atención de pacientes, una vez superada esta situación se le renovaron los respectivos contratos

3.9 SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO COMPROMISO ETICO

En cumplimiento de las pautas éticas suscritos por la Gerencia del Hospital Occidente de Kennedy con la Contraloría de Bogotá D. C., las cuales representan un acuerdo real enfocado hacia la ética y moral administrativa hacia la ciudadanía, a continuación se relacionan acciones adelantadas relacionadas con los compromisos pactados.

El Hospital en el Plan de Desarrollo 2008-2012 que constituye la guía de navegación de la entidad, en el se establece la Visión, Misión, Valores Institucionales y objetivos estratégicas; estos postulados establecidos para el cuatrienio, son afines y concordantes con los compromisos éticos.

Se conformo el Comité de Ética Institucional con el acto administrativo 468 del 24 de septiembre de 2009, este comité se reúne para acordar estrategias en pro de fortalecer la estructura ética en el hospital, de otra parte se conformo el equipo de gestores de ética del hospital con funcionarios de las diferentes áreas y niveles, el equipo elaboro un diagnostico ético el cual ha servido para emprender acciones que buscan que los servidores se apropien de los principios y valores en su actuar y comportamiento.

Para el cumplimiento de los Políticas Estratégicas, cada área de la entidad, maneja un POA (Plan Operativo Anual), en el se presentan las actividades a desarrollar y su cumplimiento se mide a través de indicadores; el resultado de la gestión alcanzada se reporta semestralmente a la Oficina de Planeación.

El Hospital cuenta con la página WEB, en esta se exhibe y maneja información tal como: Quienes somos, Servicios, Programas, Contratación e invitaciones públicas, acceso a los servicios, horarios de atención, convocatorias de empleos e

Información en general; a la página tienen acceso la ciudadanía y usuarios de los servicios a través de la dirección www.hospitaloccidentekennedy.gov.co.

En lo relacionado con la atención al ciudadano y sistema de peticiones, quejas y reclamos, se cuenta con la Oficina de Atención al Usuario y con buzones de recepción de quejas. Se cuenta también con la línea 195 a través del cual se asignan citas y se da el servicio de atención al usuario en lo pertinente a información.

En la página Web del Hospital se observa la presencia de un Link de contratación - que contempla el Reglamento Interno de Contratación para el Hospital de Occidente de Kennedy, en esta página se publica las invitaciones, los pre-pliegos o pre-términos de referencia, pliegos definitivos, adendos, anexos, contratos y resultados del proceso de contratación.

Para el manejo de la contratación se exige a los proveedores que se encuentre inscrito *SICE*.

En relación con los Órganos de control, además de la Contraloría de Bogotá, el Hospital tiene relación con otras entidades como el Ministerio de Protección Social, La Superintendencia de Salud, La Secretaría de Salud, EPS, La Veeduría Distrital y la Secretaría de la Alcaldía. Entre otras, la información que se reporta a la Contraloría de Bogotá (Presentación de cuenta) se hace periódicamente de forma mensual, semestral y anual, el Hospital cumple con la presentación de la información a través de SIVICOF.

3.10. CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTAS

Revisada la cuenta presentada por la entidad correspondiente al periodo anual 2010, ésta dio cumplimiento en forma, términos y método establecidos por la Contraloría de Bogotá. D.C., excepto por:

En el seguimiento realizado, el equipo auditor halló que la entidad no reportó la siguiente información a la Contraloría en SIVICOF formato CB 1112 de acuerdo a los requerimientos exigidos en la Resolución 01 de 2011:

1.- Energía

1.1 Años 2007 y 2008, el Hospital Occidente de Kennedy suscribió un crédito con CODENSA para la compra de los arreglos navideños, el cual fue pagado durante los años 2007 y 2008, y el valor del consumo de estos dos años incluye el valor de las cuotas mensuales, por esta razón los valores de consumo mensuales y totales se ajustaron.

1.2 También fue objeto de ajuste la cantidad de kilowatios consumida para los dos años por errores en su digitación, los precitados valores quedaron así.

CUADRO 32

CONCEPTO	2007	2008
Número de kilowatios consumidos	1.635.530	321.667.092
Valor pagado	1.566.699	350.760.792

Fuente: Verificación recibos de energía años 2007-2008

2.- Agua

2.1 Años 2007, 2008, 2009 y 2010

En la información reportada en los cuadros de SIVICOF, el valor del costo del consumo incluyo el costo por concepto de alcantarillado, como la Contraloría requiere únicamente el costo del agua facturada en los cuatro años se modifico el valor con el objetivo de registrar el del agua consumida, quedando así:

CUADRO 33

AÑO	AGUA VR CANCELADO (EN MILES)
Año 2007	226.088.361
Año 2008	374.330.412
Año 2009	210.767.483
Año 2010	234.141.394

Fuente: Verificación recibos de energía años 2007-2008

2.2 El número de metros cúbicos del año 2010, presentaba errores en la digitación y fue ajustado, quedando un total de **69.099** metros cúbicos.

3. Residuos no convencionales

3.1 En el número de kilos, el hospital únicamente registro los kilos correspondientes a los residuos anatomopatológicos y biosanitarios, los kilos de residuos no convencionales entregados a otros gestores que disponen como los químicos y otros no fueron relacionados.

3.2 El número de kilos de los cuatro años fue modificado en razón a que en la cantidad registrada solo estaban los biosanitarios, pero faltan los otros residuos no convencionales.

CUADRO 34

AÑO	BIOSANITARIOS Y ANATOMOPATOLOGICOS
Año 2007	117.571
Año 2008	113.024
Año 2009	159.230
Año 2010	168.454

Fuente: Verificación recibos de energía años 2007-2008

Revisada la cuenta presentada por la entidad correspondiente al periodo anual 2010, ésta dio cumplimiento en la forma, términos y métodos establecidos en la Resolución 34 de 2009 de la Contraloría de Bogotá. D.C., excepto por:

3.10.1. En los documentos electrónicos CBN 1093 y 1094 de SIVICOF, no se reportaron los hechos relevantes y/o las adiciones, traslados, sustituciones, modificaciones, que afectaron el presupuesto de ingresos y de gastos e inversión, durante la vigencia 2010, relacionados con los actos administrativos que generaron los diferentes movimientos en el presupuesto durante el período auditado.

En el documento electrónico CBN 1107 Plan de Contingencia, el Hospital presentó un mapa de riesgos que corresponde al Proceso Institucional de la ESE, por consiguiente la información reportada no pertenece al esquema del Plan de Contingencia que la entidad reporta, las situaciones determinadas como contingencias deben ser objeto de monitoreo, seguimiento y guardar concordancia con los escenarios determinados en el plan mencionado y que ha reportado la entidad.

Lo expuesto permite evidenciar que en algunos de los documentos reportados en SIVICOF, la información no es precisa y oportuna, lo que denota falta de organización para la remisión de la información, por consiguiente no se está cumpliendo estrictamente con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e) y el artículo 4 literal j) y la Resolución 034 de 2009 de la Contraloría.

4. ANEXOS

4. 1 HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION			
ADMINISTRATIVOS	40		3.2.1.1.1	3.2.1.1.2	3.2.1.2.1	3.2.2.1.1
			3.2.2.2.1	3.2.3.1.1	3.3.0.1	3.3.0.2
			3.3.0.3	3.3.1.1	3.3.1.2	3.3.1.3
			3.3.1.4	3.3.1.5	3.3.1.6	3.4.1
			3.4.2	3.4.3	3.4.4	3.4.5
			3.5.1	3.5.2	3.6.1.1	3.6.1.2
			3.6.1.3	3.6.1.4	3.6.2. 1	3.7.1
			3.7.2	3.7.3	3.7.4	3.7.5
			3.7.6	3.7.7	3.7.8	3.7.9
			3.7.10	3.7.11	3.7.12	3.10.1
FISCALES		NA				
DISCIPLINARIOS		N.A				
PENALES		N.A				

PLAN MEJORAMIENTO HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY

4.2. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III Nivel
FECHA DE SEGUIMIENTO: Mayo de 2011

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia a 2003	ESTADOS CONTABLES	4.3.2.1. DEUDORES. Existen saldos de vigencias 2000 y 2001 pendientes por conciliar.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRÁN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNÁNDEZ - MÓNICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4.3.2.1, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.												
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	4.3.2.1.1.- 4.3.2.1.7.- 4.3.2.1.8.-4.3.2.1.9. Dificultades en Facturación y cartera. 4.6.6. Deficiencia en el recaudo y el manejo de glosas.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable,	1.- % adopción directrices = adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluídas en el Manual / Total actividades a incluír en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan depuración Contable = Actividades incluídas en la Plan depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Las acciones correctivas de los hallazgos 4.3.2.1.1. - 4.3.2.1.7. - 4.3.2.1.8.- 4.3.2.1.9., en sus numerales 1,2 y 3, se realizaron en el plazo programado para cumpliendo al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.												
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	4.3.2.1.2. COPAGOS. Los copagos se están registrando directamente de los ingresos de la Institución y no como facturación.	1.- Revisar la parametrización, conceptos y procedimiento para el registro y control de los copagos en el sistema de información DINÁMICA GERENCIAL.	1.- % Revisiones = Revisiones realizadas / Total revisiones a realizar *100.	1.- Revisar el 50% del procedimiento de registro y control de copagos en el sistema de información DINÁMICA GERENCIAL.	SISTEMAS DE INFORMACIÓN - FACTURACIÓN - CARTERA - TESORERÍA - CONTABILIDAD	NÉSTOR ROMERO - GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO R.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La acción correctiva del hallazgo 4.3.2.1.2., el área de sistemas realizo la parametrización de los copagos en el sistema de información DINÁMICA GERENCIAL. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	4.3.11. CONTROL INTERNO CONTABLE. Ausencia de manuales de procedimientos. Registros contables con base en listados planillas. No se da aplicación al procedimiento para el registro de glosas.	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos para cada uno de los módulos que conforman el sistema de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reinducción al sistema de información.	1.- % módulos revisados = módulos verificados / Total módulos a revisar *100 2.- % capacitación = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar *100.	1. Revisar el 50% de los módulos generadores de hechos financieros. 2.- Realizar capacitación al 50% de los usuarios de módulos generadores de hechos financieros.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4.3.1.1, por el área de Sistemas con la parametrización de terceros, capacitación y reinducción al personal de las áreas correspondientes. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	8.1.1 Libros Auxiliares. Al revisar los registros de los Libros Auxiliares. Correspondientes a la vigencia 2003. de algunas ARS Liquidadas. Como son: Salud Norte. Ecoopcunday. Ecoopcentro. Asociación Mutual Despertar. Ecoopsals y Fondo de Loteros. se obs	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan depuración Contable / Total	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.1.1., en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial, incluyendo los registros de las cuentas Deudores servicios de salud y deudas de difícil cobro.	actividades a realizar *100.	para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		O - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
Vigencia a 2003	ESTADOS CONTABLES	8.1.2 Deudores. Al comparar los registros contables correspondientes a la Subcuenta Servicios de Salud a 31 de diciembre de 2003. con los datos reportados por el área de Cartera. se encontraron las siguientes diferencias	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan depuración = Actividades incluidas en la	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.1.2., en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	Plan depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
Vigencia a 2003	ESTADOS CONTABLES	8.1.3 En el Grupo de Deudores. la Subcuenta Servicios de Salud a 31 de diciembre de 2003 registro un saldo de \$14.216.2 millones. de los cuales la suma de \$1.878.8 millones corresponden a valores registrados en la subcuenta Glosa por Contestar. de las entidades.	1.- Elaborar inventario documental de la glosa por contestar con corte a Diciembre de 2009. 2.- Elaborar procedimiento de respuesta de glosa de acuerdo a normas legales y remitir a calidad para aprobación.	1.- % Inventario Documental = Glosas incluidas en el inventario documental / Total glosa por contestar *100. 2. % Procedimientos elaborados para aprobación / Total de Procedimientos a elaborar 3.- % Antigüedad glosa por contestar = Glosa por contestar clasificada por antigüedad / Total glosa por contestar *100.	1.- Realizar inventario documental del 100% de la glosa con corte a diciembre de 2009, 2, Tener procedimiento de respuesta de glosa, 3.- Contestar el 50% de la glosa documentada con antigüedad superior a 120 días con	CARTERA - CALIDAD	PATRICIA CARREÑO - SANDRA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se elaboro inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009,. 2. Se elaboro el procedimiento de Glosa por Contestar el cual se legalizo en la Oficina de Calidad. 3. En el primer semestre de la vigencia 2010 se contesto el 100% de la glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
					corte a diciembre de 2009.										
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	8.1.4 Se evidenció que en las glosas contestadas a los pagadores correspondientes a los años 2001. 2002 y de Enero a Noviembre de 2003. la Administración del Hospital no estableció responsabilidad fiscal. toda vez que no existía en la Entidad el procedimientos	1.- Elaborar y remitir a Calidad para aprobación el procedimiento para los procesos en investigación administrativa por concepto de glosas con presunta responsabilidad. 2. Incluir en el plan de depuración de cartera la revisión de glosa aceptada con el fin de establecer si corresponde a sobrecosto, sobrefacturación o presunta responsabilidad.	1. Procedimientos elaborados para aprobación / Total de procedimientos a elaborar, 2. % de Actividades plan de depuración contable glosa aceptada = actividades incluidas plan de depuración cartera / total actividades a realizar * 100	% 1. Tener procedimiento de glosa aceptada con presunta responsabilidad. 2. Incluir en el plan de depuración contable el 100% de los registros de glosa aceptada	CARTERA - CALIDAD	PATRICIA CARREÑO - SANDRA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se elaboro el procedimiento de glosa aceptada y se legalizo por parte de la Oficina de Calidad. 2. El Plan de depuración elaborado por la Subgerencia Financiera incluye la depuración de todos los conceptos que afectan los saldos de cartera tales como: Facturación generada, facturación radicada, glosa recibida, glosa contestada, glosa aceptada, recaudo, notas debito, notas crédito y otros descuentos. La Oficina de Control Interno	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.		
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	8.1.5 Deudas de difícil Cobro. En la subcuenta (1475) Deudas de difícil Cobro de Salud. correspondiente a las ARS liquidadas se observó una diferencia por valor de \$6.6 millones de pesos; por cuanto en los datos reportados en los libros auxiliares de	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan depuración = Actividades incluidas en la Plan depuración Contable / Total	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.1.5, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial, el cual debe incluir los registros de las cuentas Deudores y Deudas de Difícil Cobro.	actividades a realizar *100.	para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		O - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
														2	C

Vigencia 2003	ESTA DOS CON TABLAS	8.1.8. La Administración del hospital no tiene conocimiento ni cuenta con los soportes documentales de las siguientes ARS: Risaralda Tolima. Asociación Guaviare 2000 y Amuandes para establecer si el hospital	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD	GIOVANNI BELTRACCI CARREÑO HENRY MORALES	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.1.8, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La		
---------------	---------------------	---	---	--	--	--	--	-------------------------------------	------------	------------	---	---	---	--	--



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial, incluyendo los registros de la cuenta Deudores servicios de salud y deudas de difícil cobro.	Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
Vigencia a 2003	ESTADOS CONTABLES	8.4.4. La cartera por servicios médicos prestados al cierre de la vigencia de 2003. asciende a un valor de \$12.003.0 millones. de los cuales \$8.242.0 millones que representan el 69% . se encuentran clasificados a más de 360 días. lo que significa que está	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero,	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable =	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.4.4, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	8.4.5. De otra parte se observó que la información que maneja las Áreas de Facturación, Cartera y Glosas, no son consistentes ni confiables, debido a que las cifras suministradas al Ente de Control difieren como se pudo constatar, generado en el manejo de la información en diferentes bases de datos(Excel), y no existe una interfase que permita un adecuado flujo de información y	1.- Elaborar conciliaciones mensuales entre facturación y cartera por concepto de facturación radicada. 2.- Elaborar conciliaciones entre contabilidad y facturación por concepto de facturación generada. 3.- Elaboración conciliaciones mensuales entre cartera y contabilidad por concepto de glosa por contestar.	1.- Conciliaciones Facturación radicada = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar *100. 2.- % Conciliaciones generada = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar * 100. 3.- % Conciliaciones glosa = Conciliaciones realizadas / Total	1.- Realizar el 100% de las conciliaciones por concepto de facturación radicada. 2.- Realizar el 100% de las conciliaciones por concepto de facturación generada. 3.- Realizar el 100% de las conciliaciones	CARTERA - FACTURACION - CONTABILIDAD	PATRICIA CARREÑO - GIOVANNI BELTRAN - LUZ MYRIAM RONCANO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se realizaron conciliaciones por concepto de facturación radicada entre las áreas de Facturación y Cartera. 2. Se realizó conciliación por concepto de facturación generada entre Contabilidad y Facturación. 3. Se realizó conciliación por concepto de cartera y glosas por contestar entre las áreas de Contabilidad y Cartera. La Oficina de Control Interno verifico	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA FORMULADA
		confiabilidad; y de otra parte se evidencio que no se realiza conciliacion entre las diferentes áreas.		conciliaciones a realizar *100.	s por concepto de glosa por contestar.								soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.		
Vigencia 2003	ESTADOS CONTABLES	8.4.6. Se evidenció que el Hospital no sabe cuanto le adeudan las diferentes entidades pagadoras por cuanto en la vigencia 2003 fueron sustraídas tres (3) CPU del Área de Cartera con su correspondiente información y de otra parte se extravió el archivo	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 8.4.6, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.												
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.7. Deudores presentan diferencia de \$ -2.198.8 millones de pesos entre los saldos de Contabilidad y Cartera.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,7, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.												
Vigencia a 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.8. El grupo Deudores Servicios a la Salud obedecen a partidas por depurar de vigencias anteriores y la Administración no tiene conocimiento si existen o no los soportes para su registro.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en el Plan Depuración Contable / Total actividades a	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,8, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	realizar *100.	adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS								
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.9. Glosas aceptadas de los años 2001. 2002 y de enero a noviembre de 2003 sin establecer responsabilidades fiscales.	1.- Solicitar concepto a la Contaduría General de la Nación y la Dirección Distrital de Contabilidad concepto para elaboración de procedimiento de glosas aceptadas, teniendo en cuenta que las cuentas relacionadas en la Circular Externa No. 035 de 2000 de la CGN no se encuentran vigentes en el nuevo Plan de Cuentas. 2.- Diseñar procedimiento para glosa aceptada de acuerdo a los conceptos emitidos por los entes en mención y presentarlo a la Oficina de Calidad.	1.- % Conceptos solicitados = Conceptos solicitados / Total conceptos a solicitar *100. 2.- % Procedimientos elaborados = Procedimientos elaborados / Total procedimientos a elaborar *100.	1. Solicitar el 100% de los conceptos. 2.- Diseñar el 100% de los procedimientos necesarios para el trámite de glosa aceptada de acuerdo a los conceptos de los entes en mención.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se solicito concepto a la Contaduría General de la Nación y a la Contaduría Distrital. 2. Los conceptos se recibieron en el mes de septiembre. Sin embargo se emitió un procedimiento teniendo en cuenta la Circular No. 012 de 2010 de la Contaduría Distrital. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.11. No se ha adelantado gestiones Administrativas tendientes a depurar y sanear sus saldos antes de elaborar el boletín de deudores.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,11, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.12 Deudas de difícil cobro presentan diferencia por valor de \$44.9 millones de pesos entre Contabilidad y Cartera.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,12, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia a 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.13 Letras de pacientes presenta diferencia por valor de \$1.206.4 millones de pesos entre Contabilidad y Tesorería.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial, incluir los registros de letras de	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- Actualización Manual de Cartera = Actividades incluídas en el Manual / Total actividades a incluír en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluídas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,13, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			pacientes sin capacidad de pago.												
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.14 Letras de pacientes sin capacidad de pago por valor de \$1.639.4 millones de pesos de vigencias anteriores del año 2001 con su correspondiente provisión.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan de Cartera = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 4,3,14, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C	



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial, incluir en el plan de depuración los registros de letras de pacientes sin capacidad de pago.		depuración en el plan de depuración de cartera.		MANUEL MATAMOROS								
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.30 El Hospital no realizó conciliación definitiva de las operaciones recíprocas.	1.- Elaborar estado de cuenta con la información del Hospital, para cada uno de los terceros con los cuales el Hospital ha realizado negociaciones de préstamos e intercambios hospitalarios. 2.- Circularización de los terceros con los cuales se registran préstamos e intercambios hospitalarios.	1.- % de Estados de Cuenta = Estados de cuenta elaborados / Total terceros *100. 2.- % Circularización = Terceros circularizados / Total terceros *100.	1.- Realizar el estado de cuenta en el 100% de los terceros que conforman el rubro de préstamos hospitalarios con corte a diciembre de 2009. 2.- Realizar proceso de circularización para el 100% de los terceros por concepto de préstamos hospitalarios.	ALMACEN - FARMACIA	LILIA PABON - LUZ DARY TERAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se verifica con la Coordinación de Farmacia y Almacén que al 31 de agosto de 2010 se efectuó el 100 % del cruce de cuentas con terceros con el área de contabilidad con corte a junio de 2010 para lo cual hay certificación de las áreas de farmacia y almacén dirigida al área de Contabilidad,	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.3.31 Existen diferencias al cruzar el formato de las operaciones recíprocas del Hospital con otros entes públicos.	1.- Elaborar estado de cuenta con la información del Hospital, para cada uno de los terceros con los cuales el Hospital ha realizado negociaciones de préstamos e intercambios hospitalarios. 2.- Circularización de los terceros con los cuales se registran préstamos e intercambios hospitalarios.	1.- % de Estados de Cuenta = Estados de cuenta elaborados / Total terceros *100. 2.- % Circularización = Terceros circularizados / Total terceros *100.	1.- Realizar el estado de cuenta en el 100% de los terceros que conforman el rubro de préstamos hospitalarios con corte a diciembre de 2009. 2.- Realizar proceso de circularización para el 100% de los terceros por concepto de préstamos hospitalarios.	ALMACEN - FARMACIA	LILIA PABON - LUZ DARY TERAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se verifica con la Coordinación de Farmacia y Almacén que al 31 de agosto de 2010 se efectuó el 100 % del cruce de cuentas con terceros con el área de contabilidad con corte a junio de 2010 para lo cual hay certificación de las áreas de farmacia y almacén dirigida al área de Contabilidad.	2	C
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	4.6.1 En el Plan Operativo para el año 2004 se estructuró en el Plan de Desarrollo 2002-2004 con la perspectiva Usuario-Comunidad, cuyo objetivo era lograr legitimidad social, buscando alcanzar la fidelidad de nuestros clientes.	Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 056 de 2009, en lo relacionado con la oportunidad de Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. Para las demás especialidades se establezca un estándar de oportunidad de 15 días promedio.	Oportunidad General: No. De días transcurridos entre la solicitud de la cita y la realización de la consulta	Mantener la oportunidad de la consulta de Obstetricia en 5 días, Pediatría en 5 días, Medicina Interna 30 días, Ginecología en 15 días, Cirugía General 20 días. Y un promedio de	Subgerencia de Prestación de Servicios y Lider proceso de Consulta Externa	Sandra Liliana Salamanca - Ana Rincon	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se cuenta con hoja de cumplimiento de oportunidad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
					15 dias para el resto de las especialidades										
Vigencia a 2004	ESTADOS CON TABLES	4.6.3 Meta por lograr mayor accesibilidad y oportunidad en Salas de Cirugía logrando un promedio no mayor a (30) días.	Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 056 de 2009, en lo relacionado con el promedio de tiempo para asignación de cirugías programadas especializadas, lograr mayor accesibilidad y oportunidad en salas de cirugía, logrando un promedio no mayor a treinta (30) días.	Oportunidad General: No. De días transcurridos entre la solicitud de la cita y la realización de la cirugía	Accesibilidad a 30 días para los usuarios quirúrgicos	Subgerencia de Servicios, Jefe Oficina de Calidad y Lider proceso de Quirúrgicas	Sandra Liliana Salamanca - Sandra Moreno Brito - Giovany Rodríguez	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se cuenta con hoja de cumplimiento de oportunidad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	EVALUACION A LA GESTION Y RESULTADOS	4.6.5 Despacho de fórmulas se atiende para usuarios externos entre las 8:00 y 10:00 a.m. en caso de no alcanzar a reclamarlos les toca volverlo a hacer el día hábil siguiente.	Cumplimiento de horarios de entrega de medicamentos de 7:00 a.m a 5:00 p.m de lunes a viernes y sábados de 7:30a.m a 12:00 m	No de días con cumplimiento de horarios /Total días	Cumplimiento del 100% de los horarios establecidos	Subgerencia de Prestación de Servicios, Farmacia y Facturación	Sandra Liliana Salamanca - Luz dary Terán-Giovany Beltran	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Actualmente se cumplen los horarios los cuales cuentan con actas de verificación .	1.7	C
Vigencia 2004	EVALUACION A LA GESTION Y RESULTADOS	4.6.7 Se evidencia que uno de los problemas más sentidos es el relacionado con el manejo de la información. la infraestructura tecnológica de punta en los sistemas de información	1. Realizar un diagnóstico de la infraestructura tecnologica dirigida a los sistemas de información	Necesidades de tecnologia de información / Total necesidades	Diagnostico del 100% de la infraestructura tecnologica de sistemas	Sistemas - Subgerencia Administrativa	Milton Hernandez - Nestor Romero	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se cuenta con diagnóstico que fue presentado a la Secretaria Distrital de Salud para la consecución de recursos y se encuentra dentro de un proyecto de infraestructura y tecnología	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	EVALUACION PLAN DE MEJORAMIENTO	3.1.1. Una vez efectuado el seguimiento al Plan de Mejoramiento correspondiente a las vigencias 2003 y 2004 se observó que de un total de 113 compromisos el hospital subsanó parcialmente 52 observaciones	1.- La oficina de Control Interno adelantará seguimiento mensual al Plan de Mejoramiento Institucional.	1.- % Revisiones = Seguimientos efectuados por Control Interno / Total seguimientos a realizar *100	1.- Realizar el 100% de los seguimientos programados.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	MANUEL MATAMOROS	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se establecieron los parámetros del seguimiento y evaluación con circular conjunta de Gerencia y Control Interno, se estableció cronograma de cumplimiento de acuerdo a las acciones y cronograma de seguimiento y evaluación con soportes en archivo de la Oficina de Control Interno y con corte a 31-08-10, se cuenta con la quinta y última evaluación.	2	C
VIGENCIA 2006	CONTROL INTERNO	3.2.6. No existen procedimientos de verificación y análisis y evaluación que garanticen la generación y registro de información oportuna, confiable y veras. necesaria para la toma de decisiones. y que permita llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa de manera transparente. Ley 87 de 1993. art. 2 literal a y f y el Decreto 1537 de 2001. art.3.	Realizar actualización en procedimientos que verifiquen, analicen, evalúen y registren la información para convertirla como valor agregado para la toma de decisión	Número de actividades involucradas / Número de actividades involucrar	100% de actualización en procedimientos	Subgerencia Administrativa - Subgerencia de Prestación de Servicios - Subgerencia Financiera - Calidad	Milton Hernández Ariza - Sandra Liliana Salamanca - Mónica María Moreno Bareño - Sandra Moreno Britto	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se verifica con el área de calidad y con corte a 31 de agosto de 2010, hay un avance del 100% en la actualización de procedimientos de HOK; Sin embargo por situaciones de cambios internos y externos se iniciara nuevamente esta labor de sostenibilidad a partir de octubre de 2010.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	ESTADOS CONTABLES	3.3.1 Al comparar los saldos correspondientes a la subcuenta servicios de salud con los datos reportados por el área de cartera se evidenciaron diferencias. Con las diferencias reflejadas se genera una incertidumbre en el saldo de la cuenta deudores por cifra que representa el 44.8. % del total del activo, toda vez que el hospital no cuenta con los soportes que sustenten los derechos allí registrados. La anterior afirmación se basa en el hecho de que en la conciliación realizada entre contabilidad y ca. Esta situación afecta los ingresos de la vigencia 2006 y anteriores en cuantía indeterminada. Lo anterior en contravención al postulado de la confiabilidad de la información contable pública de que trata el numeral 1.2.1 del Plan General de Contabilidad	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.1, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2004	ESTADOS CON TABLAS	3.3.2. Esta cuenta se encuentra sobreestimada en \$4.553.5 millones así: Mediante Resolución No. 151 del 16 de diciembre de 2004 expedida por el liquidador de la ARS ASFAMILIAS. resolvió en el artículo primero ?REPONER PARCIALMENTE el artículo segundo den el sentido de que el valor final reconocido al Hospital Occidente De Kennedy. con NIT No. 800.196.939-3. es la suma de SEISCIENTOS CATORCE MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS UN PESOS(\$614.048.801.00) M/CTE..	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.2, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.3. Así mismo. el saldo de la cuenta deudas de difícil cobro. según contabilidad presenta diferencia de \$1.539.0 millones. respecto de la cifra reportada por la oficina de cartera. lo que genera una incertidumbre en \$11.769.7 millones. cifra que repres En razón de que no cuenta con los soportes que respalden los derechos consignados en esta cuenta. Esta situación afecta los ingresos en cuantía indeterminada de la vigencia 2006 y anteriores. Lo anterior en contravención al postulado de la confiabilidad	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.3, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.4. El día 11 de mayo de 2004. mediante acta No. 18 el comité de saneamiento contable recomendó la eliminación de las partidas relacionadas. Posteriormente. este tema se volvió a retomar en el numeral 3 del Acta de Saneamiento Contable No. 20 del 14 de mayo de 2005 según consta en el acta de comité de saneamiento No. 21. nuevamente se recomienda eliminar de los Estados Contables los valores correspondientes a estos pagadores excluyendo a COOPSAVID e incluyendo a BONSAUD por valor de \$9.3 mill De otra parte. en cuanto a las letras de cambio de conformidad con el acta de comité de saneamiento contable No. 19 del 28 de julio de 2004. en el punto No. 4 recomendó a la Junta Directiva. eliminar de los Estados Contables la suma de \$1.596.8 millones	1.- Incluir en el Plan de Depuración de Cartera, las entidades en proceso de depuración relacionadas en el Acta No. 18 del Comité de Saneamiento Contable, para continuar el proceso de depuración de los saldos registrados con cargo a las entidades señaladas en el Acta en mención.	1.- % Entidades Incluidas = Entidades incluidas en el Plan de Depuración Contable / Total entidades relacionadas Acta No. 18 *100	1.Incluir en el Plan de Depuración de Cartera el 100% de las entidades relacionadas en el Acta de Comité de Saneamiento Contable No. 018 de 2004.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El Plan de Depuración de Cartera elaborado por las áreas que conforman la Subgerencia Financiera, incluyo la depuración del 100% de las entidades liquidadas, dentro de las cuales se encuentran los terceros relacionados en el Acta No. 18 de 2004 del Comité de Saneamiento, la cual no finalizó su trámite en razón a que la Ley de Saneamiento Contable se suspendió. La Oficina de Control Interno verificó que el Plan de Depuración Contable registra dentro de las actividades el análisis del 100% de los terceros que conforman la cuenta Deudas de Dificil Cobro - Entidades Liquidadas.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.6. Se observa en esta fase que a pesar de existir compromiso por parte de los funcionarios del área financiera. no se cuenta con estrategias claras para depurar las cifras presentadas en la cuenta deudores.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.6, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.7. No existe procedimiento para comunicar a la oficina de Control interno disciplinario sobre las glosas aceptadas para así dar inicio al proceso de responsabilidad.	1.- Solicitar concepto a la Contaduría General de la Nación y la Dirección Distrital de Contabilidad concepto para elaboración de procedimiento de glosas aceptadas, teniendo en cuenta que las cuentas relacionadas en la Circular Externa No. 035 de 2000 de la CGN no se encuentran vigentes en el nuevo Plan de Cuentas. 2.- Diseñar procedimiento para glosa aceptada de acuerdo a los conceptos emitidos por los entes en mención y presentarlo a la Oficina de Calidad.	1.- % Conceptos solicitados = Conceptos solicitados / Total conceptos a solicitar *100. 2.- % Procedimientos elaborados = Procedimientos elaborados / Total procedimientos a elaborar *100.	1. Solicitar el 100% de los conceptos. 2.- Diseñar el 100% de los procedimientos necesarios para el trámite de glosa aceptada de acuerdo a los conceptos de los entes en mención.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se solicito concepto a la Contaduría General de la Nación y a la Contaduría Distrital y se remitió copia a la Oficina de Control Interno para su verificación. La Oficina de Control Interno verificó la radicación de las comunicaciones enviadas a la Contaduría General de la Nación y a la Contaduría Distrital. 2. La Institución se encuentra a la espera del concepto emitido por la Contaduría General de la Nación y la Contaduría Distrital para la elaboración del procedimiento de glosa aceptada. Sin embargo, emitió un procedimiento teniendo en cuenta la Circular No. 012 de 2010 de la Contaduría Distrital. La acción correctiva por parte de Hospital ya se efectuó, la Entidad se encuentra a la espera del concepto.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.9 La información contable se ve afectada debido a que el área de contabilidad para sus registros toma como base la información suministrada por las diferentes áreas. información que es reportada en planillas los cuales en algunas ocasiones son cambia	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos para cada uno de los módulos que conforman el sistema de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reintroducción al sistema de información.	1.- % Módulos revisados = Módulos verificados / Total módulos a revisar *100 2.- % Capacitación = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar *100.	1. Revisar el 50% de los módulos generadores de hechos financieros. 2.- Realizar capacitación al 50% de los usuarios de módulos generadores de hechos financieros.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de sistemas en coordinación con las áreas que integran la subgerencia financiera realizaron la revisión de parametrización de los diferentes módulos.	2	C
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.10. Contabilidad registra en forma global los ingresos generados por pagador. de conformidad con los reportes de facturación sin que allí se detalles las facturas procesadas en el mes.	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos para cada uno de los módulos que conforman el sistema de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reintroducción al sistema de información.	1.- % Módulos revisados = Módulos verificados / Total módulos a revisar *100 2.- % Capacitación = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar *100.	1. Revisar el 50% de los módulos generadores de hechos financieros. 2.- Realizar capacitación al 50% de los usuarios de módulos generadores de hechos financieros.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de sistemas en coordinación con las áreas que integran la subgerencia financiera realizaron la revisión de parametrización de los diferentes módulos.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.13. El Hospital no ha efectuado conciliaciones definitivas de las operaciones recíprocas con los demás entes públicos. excepto con el FFDS.	1.- Elaborar estado de cuenta con la Información del Hospital para cada uno de los terceros con los cuales el Hospital ha realizado negociaciones de préstamos e intercambios hospitalarios. 2.- Circularización de los terceros con los cuales se registran préstamos e intercambios hospitalarios.	1.- % de Estados de Cuenta = Estados de cuenta elaborados / Total terceros *100. 2.- % Circularización = Terceros circularizados / Total terceros *100.	1.- Realizar el estado de cuenta en el 100% de los terceros que conforman el rubro de préstamos hospitalarios con corte a diciembre de 2009. 2.- Realizar proceso de circularización para el 100% de los terceros por concepto de préstamos hospitalarios.	ALMACEN - FARMACIA	LILIA PABON - LUZ DARY TERAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se verifica con la Coordinación de Farmacia y Almacén que al 31 de agosto de 2010 se efectuó el 100 % del cruce de cuentas con terceros con el área de contabilidad con corte a junio de 2010 para lo cual hay certificación de las áreas de farmacia y almacén dirigida al área de Contabilidad.	2	C
Vigencia 2004	CONTROL INTERNO	3.3.14. Efectuado el seguimiento al Plan de Mejoramiento de la vigencia 2004 se observa incumplimiento parcial de las acciones comprometidas en el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2004. no obstante que las observaciones pendientes de corregir	1.- La oficina de Control Interno adelantará seguimiento mensual al Plan de Mejoramiento Institucional.	1.- % Revisiones = Seguimientos efectuados por Control Interno / Total seguimientos a realizar *100	1.- Realizar el 100% de los seguimientos programados.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se establecieron los parámetros del seguimiento y evaluación con circular conjunta de Gerencia y Control Interno, se estableció cronograma de cumplimiento de acuerdo a las acciones y cronograma de seguimiento y evaluación con soportes en archivo especial y al 31-08-10 se cuenta con la tercera evaluación.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.3.15. El Hospital a 31 de diciembre de 2006 no sabe cuanto le adeudan los diferentes pagadores (ARS. EPS. FFDS y otros pagadores), por falta de conciliación. ? No existe un software para el área de cartera. toda la información la procesan en Excel. o La anterior situación refleja que la ESE viene realizando adquisiciones de medicamentos e insumos hospitalarios. sin el lleno de los requisitos presupuestales y contractuales. pero que fueron recibidos a satisfacción por la entidad. En tal sentido	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reintroducción al sistema de información.	1.- % Actividades = Número de parametrizaciones / Parametrizaciones a realizar *100. 2.- % Capacitaciones y reintroducciones = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar	1.- Revisar el 50% de la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de cartera. 2.- Realizar proceso de capacitación del módulo de cartera al 100% de los funcionarios y/o contratistas que conforman esta área.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION - CARTERA - FACTURACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO - PATRICIA CARREÑO - GEOVANY BELTRAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Oficina de Control Interno hizo seguimiento y acompañamiento a la acción correctiva del hallazgo 3.3.15 y verificó que el área de sistemas realizó la parametrización de terceros en el módulo de información DINÁMICA GERENCIAL; adelantando la capacitación y reintroducción al personal de las áreas correspondientes.	2	C
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.4.4 Para efectos de garantizar un manejo adecuado de los sistemas de información correspondientes a la ejecución presupuestal y acuerdos con la funcionalidad del programa Dinámica Gerencial adquirido por la ESE. se observan debilidades para el proceso	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos para cada uno de los módulos que conforman el sistema de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reintroducción al sistema de información.	1.- % Módulos revisados = Módulos verificados / Total módulos a revisar *100 2.- % Capacitación = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar *100.	1. Revisar el 50% de los módulos generadores de hechos financieros. 2.- Realizar capacitación al 50% de los usuarios de módulos generadores de hechos financieros.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Oficina de Control Interno hizo seguimiento y acompañamiento a la acción correctiva del hallazgo 3.4.4 y verificó que el área de sistemas realizó la parametrización de terceros en los módulos que conforman el programa de información DINÁMICA GERENCIAL; adelantando la	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													capacitación y reinducción al personal de las áreas correspondientes.		
VIGEN CIA 2006	PLAN DE DES ARR OLL O Y BALA NCE SOCIAL	3.6.1.9 A lo precedente se agregan las falencias en el procedimiento para la liquidación de los medicamentos ambulatorios. lo que conlleva a que el hospital venga cobrando copagos a los usuarios y facturando al FFDS. por medicamentos no entregados al igual que Equipos médicos factura al hospital medicamentos no entregados a los usuarios	Establecer un procedimiento para la verificación de existencias de medicamentos antes de la facturación de los mismos por parte de los usuarios	Procedimiento documentado/procedimiento a realizar	El 100% del procedimiento documentado y socializado	Farmacia	Luz Dari Terán	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de farmacia, estableció el procedimiento adecuado para controlar eficientemente el inventario existente de medicamentos, y así brindar una adecuada facturación a los usuarios. Se realizó socialización..	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
oo	oo	oo	Establecer un procedimiento que controle y verifique la entrega de medicamentos por parte del out sourcing contratado para proveer los medicamentos	Procedimiento documentado/procedimiento a realizar	El 100% del procedimiento documentado y socializado	Farmacia	Luz Dari Terán	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de farmacia, realizó el procedimiento adecuado para controlar la entrega de medicamentos por parte del out sourcing, el cual se encuentra legalizado por el área de calidad. Se realizó socialización..	2	C
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.6.1.14 Como se puede evidenciar en el cuadro anterior. se examinaron 15 cuentas de cobro por un valor de \$135.3 millones. que fueron glosadas por diferentes pagadores. Posteriormente el área de facturación del Hospital radica las respuestas a la devolución	1.- Elaborar inventario documental de la glosa por contestar con corte a Diciembre de 2009. 2.- Elaborar procedimiento de respuesta de glosa de acuerdo a normas legales y remitir a calidad para aprobación.	1.- % Inventario Documental = Glosas incluidas en el inventario documental / Total glosa por contestar *100. 2. % Procedimientos elaborados para aprobación / Total de Procedimientos a elaborar 3.- % Antigüedad glosa por contestar = Glosa por contestar clasificada por antigüedad / Total glosa por contestar *100.	1.- Realizar inventario documental del 100% de la glosa con corte a diciembre de 2009, 2. Tener procedimiento de respuesta de glosa, 3.- Contestar el 50% de la glosa documentada con antigüedad superior a 120 días con corte a diciembre de 2009.	CARTERA - CALIDAD	PATRICIA CARREÑO - SANDRA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se elaboro inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, se envió a la Oficina de Control Interno a través de correo electrónico como constancia del cumplimiento de la acción. Verificación del Inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, por parte de la Oficina de Control Interno. 2. Se radicó el procedimiento de Glosa por Contestar en la Oficina de Calidad. Verificación de la comunicación de radicación del procedimiento de glosa por contestar en la	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													<p>Oficina de Calidad por parte del área de Cartera. 3. En el primer semestre de la vigencia 2010 se contesto el 100% de la glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009. Se remitió informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010 a la Oficina de Control Interno. En el informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, se verificó que la glosa con mayor antigüedad presenta se encuentra registrada a 180 días. La glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, con mayor antigüedad es de 90 a 180 días y representa el 39% del saldo a la misma fecha.</p>		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	PLAN DE DESARROLLO Y BANCOSOCIAL	3.6.1.15 De igual forma, no se evidencia la implementación de indicadores de gestión en el Tablero de Mando Integrado (POA de Facturación), que apunten a controlar esta situación, relacionada con la gestión y tramite de respuesta de glosa.	Suscribir compromiso con las áreas de facturación y cartera para que se elabore el POA, e incluir una meta para el seguimiento del tramite de glosas; el cual debe establecer un seguimiento bimensual por parte de la oficina de planeación y control interno.	Areas involucradas con POA elaborados y compromiso suscritos / 2	El 100% de los procesos de la facturación y cartera con metas establecidas y seguimiento.	Jefe Oficina de Planeación, Subgerente Financiera facturación y Cartera	Martha Cruz Bermudez - Mónica María Moreno Bareño - Giovanny Beltrán - Patricia Carreño	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Las áreas de facturación y cartera de la institución cuentan con el Plan Operativo, actualmente la oficina de planeación elabora cronograma para verificación y seguimiento de metas en donde se suscribirá compromiso de seguimiento a los POA	1.7	C
VIGENCIA 2006	ESTADOS CONTABLES	3.6.1.16 El valor correspondiente a la glosa aceptada, la cual es no subsanable, el hospital la clasifica por motivo de glosa (sobrecosto, sobrefacturación, responsabilidad) y elabora la matriz de responsabilidad periódica que es remitida unas veces por los hechos anteriormente descritos. Se evidencian deficiencias en la gestión adelantada por las áreas de facturación, cartera y Control Disciplinario sin que a la fecha exista identificación de responsables de glosas no subsanables de	1.- Solicitar concepto a la Contaduría General de la Nación y la Dirección Distrital de Contabilidad concepto para elaboración de procedimiento de glosas aceptadas, teniendo en cuenta que las cuentas relacionadas en la Circular Externa No. 035 de 2000 de la CGN no se encuentran vigentes en el nuevo Plan de Cuentas. 2.- Diseñar procedimiento para glosa aceptada de acuerdo a los conceptos emitidos por los entes en mención y presentarlo a la Oficina de Calidad.	1.- % Conceptos solicitados = Conceptos solicitados / Total conceptos a solicitar *100. 2.- % Procedimientos elaborados = Procedimientos elaborados / Total procedimientos a elaborar *100.	1. Solicitar el 100% de los conceptos. 2.- Diseñar el 100% de los procedimientos necesarios para el trámite de glosa aceptada de acuerdo a los conceptos de los entes en mención.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se solicitó concepto a la Contaduría General de la Nación y a la Contaduría Distrital y se remitió copia a la Oficina de Control Interno para su verificación. La Oficina de Control Interno verificó la radicación de las comunicaciones enviadas a la Contaduría General de la Nación y a la Contaduría Distrital. 2. La Institución se encuentra a la espera del concepto emitido por la Contaduría General de la Nación y la Contaduría Distrital para la elaboración del procedimiento de glosa aceptada. Sin embargo, emitió un	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		ningún periodo.											procedimiento teniendo en cuenta la Circular No. 012 de 2010 la Contaduría Distrital. La acción correctiva por parte de Hospital ya se efectuó, la Entidad se encuentra a la espera del concepto.		
VIGENCIA 2006	PLAN DE ARRULLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.17 Con relación al componente de cartera. se observaron deficiencias de soporte y seguimiento y alimentación al modulo de cartera. que permitan determinar la gestión adelantada con cada uno de los pagadores del componente Ejecutivos de Cuenta.	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de cartera en el sistema de información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reincusión al sistema de información.	1.- % Actividades realizadas / Total actividades a realizar *100. 2.- % Capacitaciones y reincusiones = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar	1.- Revisar el 50% de la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de cartera. 2.- Realizar proceso de capacitación del módulo de cartera al 100% de los funcionarios y/o contratistas que conforman esta área.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMA DE INFORMACION - CARTERA	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO - PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Oficina de Control Interno hizo seguimiento y acompañamiento a la acción correctiva del hallazgo 3.6.1.17 y verificó que el área de sistemas realizó la parametrización de terceros en el módulo de información del sistema de información DINÁMICA GERENCIAL; adelantando la capacitación y reincusión al personal de las áreas correspondientes.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.18 En lo pertinente al cobro de cartera. es evidente la inoportunidad con la que se gestionan los títulos valores a recuperar. hechos observados en que sólo al finalizar el periodo 2006 se vienen adelantando gestiones encaminadas a efectuar el cobro.	1.- Diseño y adopción de estrategias para recuperación de la cartera por concepto de títulos valores de pacientes sin capacidad de pago de acuerdo al monto y antigüedad. 2.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 3.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 4.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro	1.- % Estrategias = Estrategias adoptadas / Total estrategias diseñadas *100, 2.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 3.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 4.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100	1.- Aplicar el 50% de las estrategias diseñadas para la recuperación de cartera por concepto de letras de pacientes sin capacidad de pago. 2.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 3.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 4.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Gerencia del Hospital adoptó las directrices establecidas en la Circular Externa No. 001 de 2009 de la DDC, para adelantar el proceso de depuración contable de cartera, mediante Resolución No. 396 de Julio 30 de 2010. La Gerencia del Hospital incorporó el Procedimiento de Depuración de Cartera al Reglamento Interno del Recaudo de Cartera Pública de la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, establecido en las Resoluciones de Gerencia Nos. 634 de Diciembre 31 de 2008 y 150 de Abril 26 de 2010, mediante Resolución de Gerencia No. 397 de Julio 30 de 2010. La Oficina de Control Interno verificó la existencia de la Resolución No. 397 de Julio 30 de 2010. La Oficina de Control Interno verificó la existencia del Acto Administrativo.1. Las áreas de Cartera y	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META de cartera.	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.										Tesorería diseñaron las estrategias para la recuperación de los títulos valores generados por los pacientes sin capacidad de pago. En el mes de Agosto de 2010 se iniciara la aplicación de las estrategias diseñadas. La Oficina de Control Interno verificó las estrategias diseñadas para la recuperación de títulos valor de pacientes sin capacidad de pago. 2. El área de Cartera ya preparó Presentación de la Circular No. 001 de 2009 de la Dirección Distrital de Contabilidad para el Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública, presentación que se realizara en los primeros 10 días del mes de Agosto de 2010, con el fin de que el Comité adopte las directrices y se eleven a Acto Administrativo. Las directrices aprobadas se aplicaran al 100% de los		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACIO N	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													terceros y cuentas que conforman los deudores por concepto de prestación de servicios de salud y deudas de difícil cobro, dentro de las cuales se encuentra letras de pacientes sin capacidad de pago. La Oficina de Control Interno verificó que en la presentación que se hara al Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública se incluye el 100% de los terceros que conforman las cuentas Deudores Servicios de Salud y Deudas de Difícil Cobro, dentro de las cuales se encuentran las letras de pacientes sin capacidad de pago. 3 El área de Cartera ya elaboró proyecto de Resolución para incorporación de las actividades relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC, relacionadas con las estrategias para el recaudo de la Cartera, las cuales se		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													presentaran al Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública, en los primeros 10 días del mes de Agosto de 2010, con el fin de que el Comité recomiende la adopción de estas directrices a través de Acto Administrativo. La Oficina de Control Interno verificó la existencia del proyecto de Resolución. 4. La Subgerencia Financiera ya elaboro el Plan de Depuración Contable para la presentación al Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública dentro de los diez primeros días del mes de Agosto de 2010, con el fin de realizar la aprobación del mismo e iniciar el desarrollo del Plan de Depuración de Cartera. La Oficina de Control Interno verificó la existencia del Plan de Depuración Contable que se presentara al Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública.		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2006	GESTION AMBIENTAL	3.7.1. Con el fin de verificar la gestión adelantada por la alta dirección. para subsanar la inconsistencia observada en la carencia de un funcionario con perfil en medio ambiente o quién haga sus veces. tal como quedo plasmado en la Resolución No. 00002 Es de anotar que en la información remitida se encontraba el Contrato No. 0825 firmado el 26 de marzo de 2007.que según lo preceptuado en la cláusula primera Objeto: ?Prestar sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO-SERVICIOS GENERALES? cuyas actividad	Nombramiento del referente ambiental de la institución mediante acto administrativo.	Porcentaje de personal idoneo cumpliendo con las actividades del Plan de gestión Ambiental: No. De personal contratado de acuerdo al perfil / Total personal proyectado a contratar *100	Contar con el 100% del personal idoneo, para el cumplimiento de las actividades del Plan de Gestión Ambiental en la oficina de Calidad y atención al usuario.	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltòn José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se contrato un profesional en Administrador de Gestión Ambiental, cumpliendo con lo requerido para ser el referente ambiental del HOK.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	CONTROLENTE	1.1.7. Se resalta en este componente. el impacto que genera en el proceso de cobro. el hecho de que el Sistema de Información ?DINAMICA GERENCIAL? ya desarrollado. aún no está totalmente implementado específicamente los módulos relacionados con Cartera; y En estas condiciones no es posible lograr la eficiencia en los procesos. donde adicional al error humano que hace presencia en cualquier actuación. quienes están encargados de la ejecución de éstos. se proveen de información sobre la que no hay garantía	1.- Revisar la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de cartera en el sistema de Información Dinámica Gerencial. 2.- Adelantar procesos de capacitación y reinducción al sistema de información a los funcionarios y/o contratistas del área de cartera.	1.- % Actividades realizadas / Total actividades a realizar *100. 2.- % Capacitaciones y reinducciones = Capacitaciones realizadas / Total capacitaciones a realizar	1.- Revisar el 50% de la parametrización de terceros, cuentas y conceptos del módulo de cartera. 2.- Realizar proceso de capacitación del módulo de cartera al 100% de los funcionarios y/o contratistas que conforman esta área.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION - CARTERA	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO - PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Oficina de Control Interno hizo seguimiento y acompañamiento a la acción correctiva del hallazgo 1.1.7 y verificó que el área de sistemas realizó la parametrización de terceros en el módulo de información Dinámica Gerencial; adelantando la capacitación y reinducción al personal de las áreas correspondientes.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	CONTROL INTERNO	1.1.10. La entidad tiene adoptado un instrumento de verificación y evaluación del trámite correspondiente a la facturación radicada inicialmente. donde se especifican entre otras variables de información el pagador, el número y valor de la factura. la his	1.- Diseño y remitir a calidad para aprobación del procedimiento para el proceso de control de la facturación generada vs facturación radicada.	1.- % Procedimientos diseñados / Total procedimientos a diseñar *100	1.- Remitir para aprobación procedimiento de facturación generada vs radicada	FACTURACION - CARTERA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de Cartera radicó ante la Oficina de Calidad el procedimiento para el registro y control de la facturación generada vs la facturación radicada. La Oficina de Control Interno verificó la radicación del Procedimiento ante la Oficina de Calidad.	2	C
AUDITORIA ESPECIAL 2008	CONTROL INTERNO	1.1.12. Se observaron deficiencias en el proceso de soporte de las cuentas de cobro y glosas. que no contienen la información completa y pertinente. condiciones indispensables para la eficiente gestión de cobro. que además está establecida en el procedimiento	1.- Diseño y remitir a calidad del procedimiento para el armado y radicación de cuenta	1.- % Procedimientos aprobados / Total procedimientos a diseñar *100	1.- Remitir para aprobación procedimiento de armado y radicación de cuenta	FACTURACION - CARTERA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de Cartera radicó ante la Oficina de Calidad el procedimiento para el armado de cuentas por concepto de prestación de servicios de salud. La Oficina de Control Interno verificó la radicación del Procedimiento ante la Oficina de Calidad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE FACTURACION	1.2.2. No existen mecanismos efectivos para el control y seguimiento de la facturación generada frente a los compromisos establecidos en la contratación de prestación de servicios de salud con cada uno de los pagadores Cartera correspondiente al contrato No.895 de 2006 celebrado con el Instituto de Seguro Social ISSVerificado el contrato No.895 del 22 de diciembre de 2006. de celebrado entre la ESE Hospital de Occidente de Kennedy y el Instituto del Seguro Social	1. Solicitar a sistemas de información diseñar un reporte a través del sistema de información Dinamica Gerencial que incluya: Identificación del tercero, identificación, tipo de pagador, tipo de contrato, valor del contrato, facturación generada empresa, facturación radicada.	1.- % Solicitud reportes facturación = Reportes solicitados / Total reportes a solicitar *100.	1.- Generar el reporte necesarios en control de contratos de facturación para el control de la misma.	PLANEACION - SISTEMAS DE INFORMACION	MARTHA LILIANA CRUZ B - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizó reporte y fue entregado a Planeación quien ya tiene funcionando lo correspondiente a la Contratación de Prestación de servicios de salud.	2	C
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE FACTURACION	1.2.4. La entidad no tiene un proceso de facturación manual establecido formalmente. sino como plan de contingencia. cuando se presenta caída del sistema. Se observó que el documento presentado no hace parte de un manual adoptado formalmente.	1.- Diseño, aprobación y socialización del procedimiento para el proceso de facturación manual como plan de contingencia por caída del sistema.	1.- % Procedimientos aprobados / Total procedimientos a diseñar *100	1.- Socializar el procedimiento de facturación manual al 100% de los funcionarios que conforman facturación.	FACTURACION	GIOVANNI BELTRAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de facturación diseño el procedimiento para el registro de la facturación como plan de contingencias por caídas del sistema de información. Este ya fue legalizado por el área de Calidad, y su socialización del mismo ya se hizo por parte del área de Facturación. Se entrego a la Oficina de Control Interno copia	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													del oficio mediante el cual se radicó el procedimiento para el registro de la facturación como plan de contingencias en caso de caídas del sistema y copia del mensaje por popup de la socialización al interior del Hospital		
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE FACTURACION	1.2.5. Analizada la información suministrada de la facturación generada versus la facturación radicada de las vigencias 2007 y a mayo de 2008. según oficio fechado del 01 de agosto de 2008 de la Oficina de Control Interno. Se determinó para el periodo.	1.- Diseño y remisión a calidad para aprobación del procedimiento para el proceso de control de la facturación generada vs facturación radicada.	1.- % Procedimientos diseñados / Total procedimientos a diseñar *100	1.- Remisión de procedimiento para aprobación de Calidad.	FACTURACION	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de Cartera radicó ante la Oficina de Calidad el procedimiento para el registro y control de la facturación generada vs la facturación radicada. La Oficina de Control Interno verificó la radicación del Procedimiento ante la Oficina de Calidad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE CARTERA	1.3.1. En cuanto al castigo de cartera es pertinente observar que durante la vigencia 2007 y 2008 no se realizó por parte del hospital el proceso correspondiente. sin tener en cuenta la vigencia de la resolución 119 de 2006 expedida por la Contaduría General	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 1.3.1, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE CARTERA	1.3.2. De acuerdo a los archivos de saldos de cartera a diciembre 31 de 2007. en hoja electrónica suministrados al equipo auditor con el memorando SFC-300-08 de julio 08 de 2008. se estableció mediante la clasificación y agregación de datos que la cartera Para un valor total de \$824.5 millones correspondiente a la cartera prescrita con los diferentes pagadores. como quiera que venció la oportunidad de los tres (3) años que tenía la entidad para lograr el cobro de estas obligaciones.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 1.3.2, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verificó soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION DE CARTERA	1.3.3. De acuerdo a los archivos de títulos valores 2001-2007. en hoja electrónica suministrados al equipo auditor con el memorando SFC-300-08 de julio 08 de 2008. se estableció mediante la clasificación y agregación de datos que los títulos en Letras.	1.- Diseño y adopción de estrategias para recuperación de la cartera por concepto de títulos valores de pacientes sin capacidad de pago de acuerdo al monto y antigüedad. 2.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 3.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 4.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro	1.- % Estrategias = Estrategias adoptadas / Total estrategias diseñadas *100, 2.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 3.- Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 4.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100	1.- Aplicar el 50% de las estrategias diseñadas para la recuperación de cartera por concepto de letras de pacientes sin capacidad de pago. 2.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 3.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 4.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Gerencia del Hospital adoptó las directrices establecidas en la Circular Externa No. 001 de 2009 de la DDC, para adelantar el proceso de depuración contable de cartera, mediante Resolución No. 396 de Julio 30 de 2010. La Gerencia del Hospital incorporó el Procedimiento de Depuración de Cartera al Reglamento Interno del Recaudo de Cartera Pública de la Empresa Social del Estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, establecido en las Resoluciones de Gerencia Nos. 634 de Diciembre 31 de 2008 y 150 de Abril 26 de 2010, mediante Resolución de Gerencia No. 397 de Julio 30 de 2010. La Oficina de Control Interno verificó la existencia de la Resolución No. 397 de Julio 30 de 2010. La Oficina de Control Interno verificó la existencia del Acto Administrativo.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META de cartera.	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.												
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROYECTO DE CARTERA	1.3.4. Al examinar el estado de la cartera generada con el Instituto del Seguro Social a 31 de diciembre de 2007, se observa con preocupación que esta tiene constituido un total de cartera por valor de \$2.151.5 millones. de los cuales corresponde a carte	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto	1.- % Adopción directrices establecidas en la Circular adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan de Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 1.3.4, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.		depuración en el plan de depuración de cartera.		MANUEL MATAMOROS								
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACION PROCESO DE CARTERA	1.3.5 Revisada la información de glosas se encontró que a pesar de existir una codificación definida para la identificación de los diferentes motivos de glosa. está no se encuentra debidamente parametrizada. por cuanto los motivos de las glosa no están incluidos	1.- Implementación de codificación de acuerdo a la normatividad vigente 2.- Elaborar informe mensual de los motivos de glosa y realizar su socialización.	1.- % Codificación = Motivos de glosa codificados implementados / Total motivos de glosa *100. 2.- % Informes motivos de glosa = Informes motivos de glosa elaborados y socializados / Total informes a realizar *100	1.- Codificar el 100% de los motivos de glosa. 2.- Elaborar y socializar informe mensual incluyendo el 100% de los motivos de glosa.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de Cartera realizó la socialización del informe de glosa, como constancia de esta acción correctiva envió a la Oficina de Control Interno copia de la comunicación remisoría.1. El área de Cartera realizó la codificación de los motivos de glosa de acuerdo a la normatividad vigente y realizó la respectiva socialización. Se envió copia de la socialización a la Oficina de Control Interno. La Oficina de Control Interno verificó la socialización de la codificación de los motivos de glosa. 2. El área de Cartera realizó	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													la socialización del informe de glosa, como constancia de esta acción correctiva envió a la Oficina de Control Interno copia de la comunicación remisoría. La Oficina de Control Interno verificó la socialización del informe de glosa.		
AUDITORIA ESPECIAL 2008	EVALUACIÓN PROCESOS DE CARTERA	1.3.6 Analizados los registros del mes de octubre de 2007 se observó. que las letras de pacientes se llevan directamente a la cuenta 1475 Deudas de Difícil Cobro. dentro del activo no corriente. lo que impide observar el comportamiento de este concepto	1.- Registrar las letras de pacientes que tengan antigüedad menor a 360 días como cartera corriente.	1.- % Registro = Letras con antigüedad inferior a 360 días registradas como cartera corriente / Total letras con antigüedad inferior a 360 días *100.	1.- Registrar el 100% de las letras en cartera corriente con antigüedad inferior a 360 días en cartera corriente.	CONTABILIDAD - TESORERIA	LUZ MYRIAM RONCANO R. - HENRY MORALES	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Las áreas de Contabilidad y Cartera registran en los informes con corte a Junio 30 de 2010, la cartera de letras de pacientes sin capacidad de pago con antigüedad inferior a 360 días como cartera corriente. Se remite comprobante de registro a la Oficina de Control Interno y copia del informe de edades de letras generado por la Tesorería de la Institución. La Oficina de Control Interno verificó el registro de las letras de pacientes con antigüedad menor a 360 días en la cuenta Otros Pagadores.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
vigencia 2008	EVALUACION A LA CONTRATACION	1.4.2.12.1 Contrato No.134 de 2005. para la prestación de servicios profesionales celebrado entre la empresa social del estado Hospital Occidente de Kennedy III Nivel y Sistemas y Asesorías de Colombia Ltda.. suscrito el 29 de diciembre de 2005. Revisada ISe encontró que se incumple con lo establecido en la cláusula tercera de la minuta del contrato ajustada mediante la modificación 1 de febrero de 2006. que a la letra dice ?FORMA DE PAGO.- LA EMPRESA cancelará el valor total del presente contrato así De igual forma el pago efectuado correspondiente a la constancia de recibido a satisfacción de bienes o servicios del 15 de mayo de 2006 para la cuenta de cobro del 10 de mayo de 2006. cancelando el 20% (\$59.624.000). correspondiente nuevamente a la entre.	Realizar la investigación disciplinaria correspondiente conforme a las condiciones legales y llevar informes del estado del proceso	100% de las acciones legales	Realizar las acciones legales correspondientes al proceso de acuerdo a terminos legales de la investigación disciplinaria.	Control Interno Disciplinario	Nicolas Cuesta	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	A partir de 2010, se inicio la investigación disciplinaria y se espera que en el 2011, se culmine con esta investigación.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.1.1 Es de anotar que los hallazgos correspondientes al numeral 3.7.1. Evaluación ambiental de la Auditoría Regular Vigencia 2006. fue calificados con 0. por lo tanto se tramitaran de acuerdo a la norma. Las acciones correctivas de los mismos no fueron	Crear un equipo interdisciplinario para el seguimiento de la gestión ambiental de la institución junto con las oficinas de Salud Ocupacional y Vigilancia Epidemiológica.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	Equipo interdisciplinario funcionando	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Milton José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	En el área ambiental hay documento que certifica la conformación de este equipo Interdisciplinario, el cual esta a disponibilidad del ente de control.	2	C
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.1 Evaluada la acción correctiva establecida por la entidad ?Contar con un equipo idóneo en el manejo ambiental? y el cumplimiento a través del seguimiento ?La administración contrató a una profesional en Gestión Ambiental a partir de Marzo de 2007.	Adecuación de las obligaciones del contrato con las funciones desarrolladas en el área de gestión ambiental.	Porcentaje de personal idóneo cumpliendo con las actividades del Plan de gestión Ambiental: No. De personal contratado de acuerdo al perfil / Total personal proyectado a contratar *100	Contar con el 100% del personal idóneo, para el cumplimiento de las actividades del Plan de Gestión Ambiental en la oficina de Calidad y atención al usuario.	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Milton José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se contrato un profesional en el área de administración ambiental a partir del 1 de mayo de 2010 con contrato No 1937 de 2010.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	CONTROL INTERNO	3.2.2.1.1 verificados los formatos reporte diario de residuos hospitalarios RH1 de la vigencia 2008 se observo que no estan completos. faltan manifiestos de ecocapital en formato de todo el mes de enero de 2008 algunos no presentan fecha ni firma de quien los reporta o recibe.	Realizar la capacitacion en diligenciamiento del formato RH-1 al personal encargado de este.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las capacitaciones programadas	Gestion Ambiental, Servicios Generales	luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de gestión ambiental fomenta con servicios generales el correcto diligenciamiento del formato RH-1 con el fin de alimentar la base de datos de indicadores ambientales.	2	C
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.9. El comité de Riesgo Financiero del Hospital. no se reunió durante la vigencia 2008 a pesar de tener constituidos 3 CDT entendiéndose como riesgo financiero las inversiones en las diferentes entidades financieras. desconociendo la resolución	1.- Modificar la Resolución reglamentaria del Comité de Riesgo Financiero de acuerdo a las necesidades de la Institución.	1.- % Modificaciones = Modificaciones realizadas / Modificaciones a Realizar *100.	1.- Modificar la Resolución de Comité de Riesgo Financiero de acuerdo a las necesidades de la Institución.	COMITÉ DE RIESGO FINANCIERO	MONICA MORENO - MILTON HERNANDEZ - SANDRA SALAMANCA - HENRY MORALES	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Institución realizó análisis de la situación financiera concluyendo que no es necesario la realización de Comités de Riesgos Financieros, ya que la Entidad no cuenta con recursos disponibles para inversiones. Igualmente, se determinó que cuenta con el Comité de Flujo de Pagos para la evaluación de los recursos que ingresan al igual, que para determinar los compromisos que se deben atender de acuerdo a sus necesidades. Por lo tanto, se elaboro Resolución que deroga la creación del Comité	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													de Riesgos Financiero. La Subgerencia Financiera remitió a la Oficina de Control Interno copia de la Resolución, mediante la cual se deroga el Comité de Riesgo Financiero.		
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.11. Se reclasificaron saldos de las cuentas deudoras pendientes de depuración de EPS. ARS. SOAT. régimen especial. entre otros. por movimiento débito en cuantía de \$2.196.2 y crédito por \$1.809.3. hasta tanto no se termine el proceso de depuración.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en el Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.11, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.		depuración en el plan de depuración de cartera.		MANUEL MATAMOS								
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.12. Al presentar deficiencias en la información de cartera. el Hospital no tiene plenamente identificada la cartera con cada uno de los deudores por servicios de salud. hecho que le imposibilita el registro de la totalidad de los mismos en el Report	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.12, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.		depuración en el plan de depuración de cartera.		MANUEL MATAMOROS								
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.13. Se tiene registrada la glosa pendiente de contestar en la cuenta Servicios de salud sobreestimando el saldo en cuantía de \$1.359,6 millones y subestimando los ingresos por servicios de salud en la misma cuantía a 31 de diciembre de 2008.	1.- Elaborar inventario documental de la glosa por contestar con corte a Diciembre de 2009. 2.- Elaborar procedimiento de respuesta de glosa de acuerdo a normas legales y remitir a calidad para aprobación.	1.- % Inventario Documental = Glosas incluidas en el inventario documental / Total glosa por contestar *100. 2. % Procedimientos elaborados para aprobación / Total de Procedimientos a elaborar 3.- % Antigüedad glosa por contestar = Glosa por contestar clasificada por antigüedad / Total glosa por contestar *100.	1.- Realizar inventario documental del 100% de la glosa con corte a diciembre de 2009, 2, Tener procedimiento de respuesta de glosa, 3.- Contestar el 50% de la glosa documentada a con antigüedad superior a 120 días con corte a diciembre de 2009.	CARTERA - CALIDAD	PATRICIA CARREÑO - SANDRA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se elaborò inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, se envió a la Oficina de Control Interno a través de correo electrónico como constancia del cumplimiento de la acción. Verificación del Inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, por parte de la Oficina de Control Interno. 2. Se radicó el procedimiento de Glosa por Contestar en la Oficina de Calidad. Verificación de la comunicación de radicación del procedimiento de glosa por contestar en la	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													Oficina de Calidad por parte del área de Cartera. 3. En el primer semestre de la vigencia 2010 se contesto el 100% de la glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009. Se remitió informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010 a la Oficina de Control Interno. En el informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, se verificó que la glosa con mayor antigüedad presenta se encuentra registrada a 180 días. La glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, con mayor antigüedad es de 90 a 180 días y representa el 39% del saldo a la misma fecha.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.14. El hospital tiene glosa pendiente de contestar en cuantía de \$211.4 millones con antigüedad superior a seis meses. que según informe entregado de ASEISA. firma contratada para la depuración de la cartera. esta será radicada en el mes de abril.	1.- Elaborar inventario documental de la glosa por contestar con corte a Diciembre de 2009. 2.- Elaborar procedimiento de respuesta de glosa de acuerdo a normas legales y remitir a calidad para aprobación.	1.- % Inventario Documental = Glosas incluidas en el inventario documental / Total glosa por contestar *100. 2. % Procedimientos elaborados para aprobación / Total de Procedimientos a elaborar 3.- % Antigüedad glosa por contestar = Glosa por contestar clasificada por antigüedad / Total glosa por contestar *100.	1.- Realizar inventario documental del 100% de la glosa con corte a diciembre de 2009, 2, Tener procedimiento de respuesta de glosa, 3.- Contestar el 50% de la glosa documentada a con antigüedad superior a 120 días con corte a diciembre de 2009.	CARTERA - CALIDAD	PATRICIA CARREÑO - SANDRA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	1. Se elaboro inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, se envió a la Oficina de Control Interno a través de correo electrónico como constancia del cumplimiento de la acción. Verificación del Inventario documental de glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009, por parte de la Oficina de Control Interno. 2. Se radicó el procedimiento de Glosa por Contestar en la Oficina de Calidad. Verificación de la comunicación de radicación del procedimiento de glosa por contestar en la Oficina de Calidad por parte del área de Cartera. 3. En el primer semestre de la vigencia 2010 se contesto el 100% de la glosa por contestar con corte a Diciembre 31 de 2009. Se remitió informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010 a la Oficina de Control Interno. En el	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													informe de edades de glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, se verificó que la glosa con mayor antigüedad presenta se encuentra registrada a 180 días. La glosa por contestar con corte a Junio 30 de 2010, con mayor antigüedad es de 90 a 180 días y representa el 39% del saldo a la misma fecha.		
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.18. Los saldos reportados por contabilidad en la cuenta deudores a 31 de diciembre de 2008 difieren con los reportados por cartera a la misma fecha en cuantía de \$3.867.5 millones, generando incertidumbre en el saldo de los deudores.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1		Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.18, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.		proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.		PULIDO - MANUEL MATAMOROS								
Vigencia a 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.19. Se observa que la concentración de la cartera se presenta con una antigüedad superior a 360 días correspondiente al 32.3%. saldo que genera incertidumbre toda vez que hay saldos que se encuentran sin proceso de depuración contable y no se cuenta	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.19, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.		depuración en el plan de depuración de cartera.		MANUEL MATAMOS								
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.22. Las Deudas De Difícil Cobro Letras y Pagarés a 31 de diciembre de 2008 mostraban un saldo de \$11.061.3 millones. se están registrando de manera global en la contabilidad del hospital. teniendo como soporte la información rendida por tesorería.	1.- Revisar la parametrización y conceptos del proceso de registro y control de letras de pacientes sin capacidad de pago en el sistema de información Dinámica Gerencial.	1.- % Revisiones = Revisiones realizadas / Total revisiones a realizar *100.	1.- Revisar el 100% de la parametrización y proceso de registro y control de letras de pacientes sin capacidad de pago en el sistema de información Dinámica Gerencial.	FACTURACION - TESORERIA - CARTERA - SISTEMAS DE INFORMACION	GIOVANNI BELTRAN - HENRY MORALES - PATRICIA CARREÑO - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO - ASIGNADO - POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Conjuntamente las áreas de facturación, Cartera, Tesorería y Contabilidad, revisaron el sistema de información, respecto del procedimiento, parámetros y conceptos correspondiente a registro y control de copagos, el cual incluye la generación de pagares suscritos por pacientes sin capacidad de pago. La Oficina de Control Interno verificó las actividades realizadas las cuales se encuentran relacionadas en el Acta suscrita por todos los participantes en la actividad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.23. Como se puede observar en el cuadro anterior se presenta un saldo de \$1.620.4 millones de vigencias anteriores (1998.1999 y 2000). títulos valores que ya han prescrito. constituyéndose en una pérdida para el hospital porque no se puede adelantar.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.23, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.29 El Hospital no presentó oportunamente o presentó de manera incompleta las cuentas que acreditaran los derechos que tenía de reclamar a las empresas prestadoras de servicios de salud de ASFAMILIAS. ECOOPSCUNDAY ESS. ASOCIACION GUAVIARE. AMUANDES.	1.- Adoptar las directrices establecidas para el proceso de depuración contable establecidas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Actualización del manual de cartera de acuerdo a lo establecido en la Circular No.001 de 2009. 3.- Elaboración del plan de depuración contable el cual debe contener entre otras las siguientes actividades a realizar: Exploración de la evidencia documental, levantamiento del inventario documental contra el estado de cuenta de cada tercero, conciliaciones contables internas con las áreas que conforman el proceso de facturación y recaudo de cartera, conciliaciones con terceros, estudios relación beneficio costo, concepto jurídico, recopilación de gestiones administrativas relacionadas con el recaudo de cartera, evaluación por parte del comité de sostenibilidad contable, aprobación de la eliminación o castigo de cartera y registro contable del registro y solicitud de investigaciones disciplinarias en caso de presunto detrimento patrimonial.	1.- % Adopción directrices = Directrices adoptadas / Total directrices a adoptar *100. 2.- % Actualización Manual de Cartera = Actividades incluidas en el Manual / Total actividades a incluir en el Manual de Cartera *100. 3.- % Actividades Plan Depuración Contable = Actividades incluidas en la Plan Depuración Contable / Total actividades a realizar *100.	1.- Adopción del 100% de las directrices relacionadas en la Circular No. 001 de 2009 de la DDC. 2.- Incluir el 100% de las actividades propuestas en la Circular No. 001 de 2009 en el Manual de Cartera. 3.- Incluir el 100% de actividades necesarias para adelantar el proceso de depuración en el plan de depuración de cartera.	CARTERA DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MANUEL MATAMOS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron las acciones correctivas del hallazgo 3.3.29, en sus numerales 1,2 y 3, en el plazo programado dando cumplimiento al cien por ciento (100%), con el plan de mejoramiento. La Oficina de Control Interno verifico soportes, los cuales se encuentran en archivo en las áreas responsables.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.30. Los copagos y cuotas moderadoras se están registrando por el sistema de caja directamente al ingreso, teniendo como soporte el boletín diario de tesorería, desconociendo lo contemplado en el párrafo 117 del numeral 2.8 del capítulo 1 y párrafo 26	1.- Revisar la parametrización, conceptos y procedimiento para el registro y control de los copagos en el sistema de información DINAMICA GERENCIAL.	1.- % Revisiones = Revisiones realizadas / Total revisiones a realizar *100.	1.- Revisar el 100% del procedimiento de registro y control de copagos en el sistema de información DINAMICA GERENCIAL	SISTEMAS DE INFORMACION - FACTURACION - CARTERA - TESORERIA - CONTABILIDAD	NESTOR ROMERO - GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANO R.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Oficina de Control Interno hizo seguimiento y acompañamiento a la acción correctiva del hallazgo 3.3.30. y verificó que el área de sistemas realizó la parametrización de los copagos en el sistema de información DINÁMICA GERENCIAL.	2	C
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.31. El hospital dentro de sus bienes reporta dos inmuebles así: a) Bogotá, en la Carrera 15 No. 93-75 oficina 601, por valor \$108.1 millones (según el avalúo catastral), otorgado el 31 de mayo de 2001 b) Chinchina Caldas, en la Carrera 9 No.11-11 Ofici	1.- Continuar con las actividades correspondientes para la venta de la oficina de Chinchina.	1.- % Actividades realizadas = Actividades realizadas / Total Actividades a realizar *100.	1.- Realizar el 100% de las actividades tendientes a la venta de la oficina de Chinchina.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - ACTIVOS FIJOS	MILTON HERNANDEZ - HECTOR MUÑOZ	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se cuenta con aprobación del Concejo Distrital para la venta del inmueble, Se realizó acciones de solicitud de avalúo por motivos de sobreavalúo catastral y adelantar tramites ante planeación del municipio de Manizales para llegar al valor real del inmueble y poder proseguir en la venta del inmueble. Se solicitó CDP N°1715 del 27 de agosto de 2010 para la contratación del avalúo y venta del inmueble	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	ESTADOS CONTABLES	3.3.32 En lo referente a las letras de cambio. se pudo establecer que el hospital cuenta con un control en Excel de estos títulos valores. además se están registrando en forma global. porque el modulo para el control de títulos valores al cierre de la vigencia.	1.- Revisar la parametrización y conceptos del proceso de registro y control de letras de pacientes sin capacidad de pago en el sistema de información Dinámica Gerencial.	1.- % Revisiones = Revisiones realizadas / Total revisiones a realizar *100.	1.- Revisar el 100% de la parametrización y proceso de registro y control de letras de pacientes sin capacidad de pago en el sistema de información Dinámica Gerencial.	FACTURACION - TESORERIA - CARTERA - SISTEMAS DE INFORMACION	GIOVANNI BELTRAN - HENRY MORALES - PATRICIA CARREÑO - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Conjuntamente las áreas de facturación, Cartera, Tesorería y Contabilidad, revisaron el sistema de información, respecto del procedimiento, parámetros y conceptos correspondiente a registro y control de copagos, el cual incluye la generación de pagares suscritos por pacientes sin capacidad de pago. La Oficina de Control Interno verificó las actividades realizadas las cuales se encuentran relacionadas en el Acta suscrita por todos los participantes en la actividad.	2	C
Vigencia 2008	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO	3.6.1.1 A la fecha de la auditoria se evidenció que algunos planes de acción. no se han reportado a la oficina Asesora de Planeación. como es el caso del Laboratorio Clínico. donde se encontró que recibió información de costos mediante oficio del 20 de fe la oficina Asesora de Planeación que otras dependencias	Implementar y hacer seguimiento al cumplimiento de la política de planeación estrategica en lo correspondiente a la elaboración de planes operativos	Porcentaje de planes operativos cumpliendo con la política/ areas y servicios del hospital	El 100% de areas y o servicios con POAs	Todas las áreas del hospital	Martha Cruz Bermudez - Mónica Maria Moreno Bareño - Milton Jose Hernández - Sandra Salaman	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Actualmente todas las áreas del hospital cuentan con POA.	1.7	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		como Talento Humano. Contabilidad. Facturación y Tesorería. no entregaron el Plan de Acción oportunamente. los cuales se debieron consolidar a 31 de diciembre de 2008. Contraviniendo lo establecido					ca y otros								
oo	oo	oo	Suscribir compromisos con todas las áreas y/o servicios en donde se establezca la política de planeación, se elabore el POA de las áreas y/o servicios y el seguimiento bimensual por parte de la oficina de planeación.	No de áreas y/o servicios con POA elaborados y con seguimiento periodico / total áreas y/o servicios que conforman la institución	El 100% de los procesos de la institución con POAs establecidos y con seguimiento.	Jefe Oficina de Planeación - Subgerente de Prestación de Servicios, Subgerente Financiera - Subgerente Administrativo	Martha Cruz Bermudez - Sandra Liliana Salamanca - Mónica María Moreno Bareño - Milton Hernández Ariza	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se elaboró un cronograma de trabajo para la revisión y verificación de metas y suscripción de compromisos. Cada área elaboró su POA y presentado a la oficina de planeación		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	EVALUACION PLAN DE ARRULLO	3.6.1.3. Dentro de este proyecto no se encontró una meta que se relacione con materiales y suministros asistenciales. incumpliendo con el principio de la planeación.	Teniendo en cuenta que el proyecto de Intervenciones Colectivas por lineamientos de la Secretaria de Salud y Hacienda para el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva no se maneja para los Hospitales de tercer nivel. La acción correctiva es incluir la meta de control de materiales y suministros suministros asistenciales en el plan operativo del área de recursos físicos para su seguimiento.	Definición de la meta en el POA con seguimiento/ Meta a definir	El 100% de los suministros con seguimiento	Subgerente administrativo - Jefe de Recursos Fisicos	Miltón José Hernández y Enrique Mancilla	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se incorporó la meta al POA de recursos Físicos	2	C
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.1 Evaluada la acción correctiva establecida por la entidad ?Contar con un equipo idóneo en el manejo ambiental? y el cumplimiento a través del seguimiento ?La administración contrató a una profesional en Gestión Ambiental a partir de Marzo de 2007.	Adecuación de las obligaciones del contrato con las funciones desarrolladas en el area de gestión ambiental.	Porcentaje de personal idoneo cumpliendo con las actividades del Plan de gestión Ambiental: No. De personal contratado de acuerdo al perfil / Total personal proyectado a contratar *100	Contar con el 100% del personal idoneo, para el cumplimiento de las actividades del Plan de Gestión Ambiental en la oficina de Calidad y atención al usuario.	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se contrato un profesional en el área de administración ambiental a partir del 1 de mayo de 2010 con contrato No 1937 de 2010	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. A - Incumplimiento de funciones comité ambiental y sanitario y del personal que labora en el hospital.	Ajustar y/o actualizar el el acto administrativo por el cual se crea el comité Ambiental y Sanitario del Hospital occidente de Kennedy III Nivel.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	Actualización del acto administrativo	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizó ajuste al acto administrativo.	2	C
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. B - En cuanto a la implementación de su Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA en la vigencia 2008. esta auditoria verificó que el documento fue aprobado por la Secretaria Distrital de Ambiente en julio de 2007. pero el mismo no ha sido adoptado mediante acto administrativo según el compromiso establecido en el acta de concertación suscrito con la Autoridad Ambiental.	Emitir resolución por medio de la cual se adopte el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de la adopción del Plan de Mejoramiento	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	La Resolución se encuentra en la oficina de Gestión Ambiental.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. C - Se verificó que no se esta cumpliendo con la periodicidad en las reuniones mensuales del comité de residuos hospitalarios y ambiental. la última se realizó en noviembre de 2008. por ende la entidad no realizó evaluación al cumplimiento de actividades con corte a 31 de diciembre de 2008. Hecho observado también por la Secretaria Distrital de Salud en su visita del 20 de octubre de 2008 y del cual se comprometió la entidad a dar cumplimiento estricto según el plan de mejoramiento enviado a la Autoridad Sanitaria el 5 de noviembre de 2008 con el radicado 142598.	Realizar comité mensual en cumplimiento de la periodicidad de las reuniones, desarrollando por parte de los responsables seguimiento a los compromisos pactados.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las gestiones adelantaas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Milton José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizaron reuniones mensuales con los referentes de salud ocupacional y epidemiología, para lo cual existen actas que evidencian tales reuniones.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. D - El no control oportuno por parte de la Entidad trajo como consecuencia en la facturación del mes de enero de 2008 un incremento de mas en el consumo de agua de 2.315 mtr3 debido a que no llevo juiciosamente el registro diario del medidor de agua. por el área encargada.	Establecer gestiones con la empresa de acueducto para el seguimiento al mantenimiento de los contadores electronicos de agua a fin de evitar aumentos en la facturacion	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las gestiones adelantaas	Mantenimiento	Carlos Rios	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizó acompañamiento a las áreas de mantenimiento y gestión ambiental, quienes realizaron gestión ante la empresa de acueducto, para el mantenimiento de los contadores electrónicos.	2	C
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. E - Así mismo, el personal de mantenimiento que realiza las labores de obra civil del hospital no toma las medidas de aislamiento en las obras hospitalarias, a pesar de que el área de gestión ambiental, elaboró y envió un instructivo en mayo de 2008 al arquitecto del hospital para el manejo de obras civiles, hecho que se evidenció el viernes 20 de marzo de 2009 cuando se visito el área de imagenología donde se observo que se estaban adelantando obras con el personal laborando y cerca a los pacientes de urgencias que se encontraban	Generación del manual de mantenimiento en momentos operativos de la institución.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de la gestión programada	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El manual se encuentra en la oficina de gestión ambiental con versión 2009		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		ubicados en los pasillos, sin tomar las medidas de aislamiento o suspensión del servicio como establece las normas de habilitación cuando se realizan obras civiles, sumado al hecho no se había comunicado por escrito oportunamente a otras áreas para tomar las medidas de contingencia como epidemiología, servicios generales, salud ocupacional, calidad y gestión ambiental sobre la ejecución de obras.													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. F - No se tomaron las medidas pertinentes para la remisión oportuna y veraz del reporte diario de residuos hospitalarios formato RH1 a la empresa de aseo ASEPECOL como tampoco se gestiono el arreglo de la báscula en el año 2008, arreglo que se realizó hasta noviembre de 2008. La actuación del hospital al reiterativo incumplimiento de la empresa durante el año 2008 solamente se limitó a la remisión de oficios a	Gestionar la consecución del cargador de la bascula para el pesaje de residuos hospitalarios, con un repuesto. El consolidado de los RH1 se está haciendo llegar al área de Gestión Ambiental a más tardar los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de la gestión programada	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltòn José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizó la adquisición del cargador de la bascula, con su repuesto. El área de gestión ambiental realiza los respectivos seguimientos a los reportes de los RH1.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		la empresa de aseo.													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. G - Verificados los formatos RH1 de la vigencia 2008 se evidenció que no están completos, faltan manifiestos de ECOCAPITAL, no se evidenció el RH1 de todo el mes de enero de 2008, algunos no tienen fecha ni firma de quien pesa y se observó algunos manifiestos sin firma de quien entregó a ECOCAPITAL los residuos hospitalarios por parte del hospital, no se registró en algunos meses el pesaje de reciclaje, ni de todos los domingos del año 2008, cuando la recolección es diaria por parte de ECOCAPITAL. Así mismo, se evidenció que	Realizar seguimiento al reporte de los Formatos RH-1, con el fin de evitar inconsistencias en su formulación Realizar la capacitación en diligenciamiento del formato RH-1 al personal encargado de este.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de seguimiento programado a los reportes RH-1	Gestion Ambiental, Servicios Generales	Luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de gestión ambiental está realizando seguimiento al adecuado diligenciamiento del formato RH1. Capacitó y socializó al personal de servicios generales y de mantenimiento quienes son los encargados de su manejo.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		el pesaje registrado es el mismo de ECOCAPITAL en todos los RH1 verificados del 2008.													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. H - Al realizar la auditoria, el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones pactadas en la cláusula cuarta del contrato 108-08 suscrito con ASEPECOL se observo según consta en acta de visita de fecha 20 de febrero de 2009 que con relación al reporte de registro diario de pesaje de residuos RH1, pactado en el mismo, evidenció la auditoría que en la carpeta de dichos registros algunos formatos no reportan la fecha de recolección, además no reposan completos todos los formatos por ejemplo no se tiene reporte de recolección de Enero de	Verificar que los certificados de recolección por ECOCAPITAL, se tengan de manera completa y se entreguen oportunamente.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltòn José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de control Interno, verificó que los certificados de recolección de ECOCAPITAL, se estén presentando correctamente y de manera oportuna.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		2009 y del mes de febrero de 2009 sólo reposan las planillas de los días 2,3,4,5,6,7,9,10 y 12. Este incumplimiento ha sido reiterativo según consta en diferentes comunicaciones de gestión ambiental al supervisor del contrato. (20 de junio de 2008) y de la Gerencia de fecha 26 de agosto de 2008.													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2.1 - El personal de aseo realiza labores propias de auxiliares de enfermería como la segregación de residuos biosanitarios en la bolsa respectiva según se constata en el registro fotográfico del grupo auditor al seguimiento de obligaciones del contrato de aseo 108-08 en el servicio de la UCI adultos	Definir la responsabilidad de la segregación de los residuos al personal asistencial de la institución mediante capacitación del manejo y disposición de residuos hospitalarios, contemplados en el PGIRH	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se capacitó al personal asistencial, sobre la segregación de residuos y se definieron responsabilidades.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. J - Durante la auditoria se observó que no se utilizan los carrocanecas para la disposición de residuos por parte de las señoras de servicios generales, estos son llevados a mano hasta los sitios de disposición intermedia de residuos ubicados en los pisos o se ubican las bolsas al frente de los cuartos hasta que se termina el aseo respectivo. Compromiso establecido también en el plan de mejoramiento radicado a la SDS (fecha de cumplimiento siempre).	Definir horario de ruta sanitaria y responsables del porte de carrocanecas para ser llevados del servicio al deposito temporal, dispuestos en canecas según el cumplimiento del código de colores del PGIRH	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Los horarios de ruta sanitaria están definidos en el programa PGIRH.	2	C
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. K -En las visitas por parte del equipo auditor a diferentes áreas hospitalarias se observó inadecuada segregación de residuos especialmente en las canecas destinadas para la disposición de material reciclado donde se depositan residuos ordinarios o biosanitarios. Por lo tanto, no se le está dando uso a los insumos adquiridos por el hospital para dar cumplimiento al PGIRH.	El área de gestión ambiental esta encargada de la socialización del manejo y segregación de los residuos hospitalarios de manera pedagógica, y con el compromiso de medición de adherencia.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se realizó la socialización y capacitación del manejo y segregación de residuos, los cuales están contemplados en el PIGA y PGIRHs	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. L - En visita a las áreas asistenciales el equipo observó canecas sin tapa, algunas sin identificación por tipo de residuo, así mismo, en acta de fiscal de fecha 24 de marzo de 2009, se dejó constancia que la entidad se encontraba arreglando 380 canecas de residuos hospitalarios entre verdes, rojas y grises de las cuales 200 corresponden a daño por pedal y 80 canecas no tienen tapa, lo que evidencia la falta de compromiso en el cuidado de estos insumos, por parte de los funcionarios, estudiantes y usuarios, que inclusive son utilizadas en algunos casos como asientos o como apoyo para subir a las camillas como se evidenció en el área de urgencias. El valor unitario de cada caneca según la última compra del año 2008 correspondió a \$56.000 (compra por caja menor de 16 canecas Remisión No. 10 de fecha 17-07-08) o sea que las que no tienen tapa y que de	Realizar reposición de contenedores de basura de pedal 183, con rotulación, para el servicio de urgencias se encuentra en dotación de escalerillas para que el paciente pueda acceder a la camilla donde se encuentra, así mismo se cuenta con un plan de capacitación para los estudiantes nuevos en manejo de residuos hospitalarios y planes de gestión ambiental.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se verificó que se adquirieron 320 canecas de 20 lts de pedal, las cuales se rotularon según su color y se entregaron al área de urgencias y demás áreas asistenciales. De igual manera, se compraron escalerillas para acceder a las camillas. El área de gestión Ambiental realizó las capacitaciones a los estudiantes-practicantes, para el correcto manejo de residuos hospitalarios y planes de gestión ambiental. (PIGA - PGIRH).	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		acuerdo a las gestiones realizadas a diferentes empresas que elaboran estos elementos por parte de la funcionaria de gestión ambiental no se pueden mandar a fabricar a parte las tapas, ocasionaría la perdida de toda la caneca por que no cumplen con la norma, perdiendo la entidad el valor aproximado de \$4.48 millones, de acuerdo al valor unitario de la última compra. Compromiso establecido también en el plan de mejoramiento radicado a la SDS (fecha de cumplimiento por el hospital siempre).													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. M - No se tienen actualizados a la fecha de la auditoria el Plan de Gestión Integral de residuos hospitalarios, compromiso establecido también en el plan de mejoramiento radicado a la SDS (fecha de cumplimiento del 24 de noviembre de 2008) y el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, ya que no se ha contemplado en el mismo los servicios de	Actualización de los planes de gestion Ambiental PIGA noviembre 2009 y PGIRH febrero 2010, donde contempla la inclusión de los servicios de unidad renal y oncología.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltòn José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	Se actualizaron y registraron en el área de calidad, los Planes de gestión Ambiental incluyendo los servicios de la unidad renal y de la unidad de oncología.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		oncología y Unidad Renal.					al Usuario								
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. N - No se adelantaron auditorias externas durante la vigencia 2008 a OMNIUM y ECOENTORNO, este último incinera los frascos de vidrio de medicamentos utilizados en las diferentes áreas hospitalarias, que como evidenció el equipo auditor en el depósito de almacenamiento final no se están destruyendo en el hospital, antes de ser entregados a ECOENTORNO, lo que ocasiona un riesgo para el hospital por que desconoce mediante una auditoria si son incinerados y solamente se conforma con la remisión del acta de	Realizar visitas de verificación de procesos a la empresas Ecoentorno y Omnuim en la vigencia 2009, el área de gestión ambiental cuenta con las actas de visita y seguimiento de procesos de estas empresas.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Miltón José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de gestión ambiental realizó las auditorias a las empresas Ecoentorno y Omnuim y se levantaron las actas de visita y seguimiento, las cuales se encuentran en el archivo del área.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		destrucción respectiva. Compromiso establecido también en el plan de mejoramiento radicado a la SDS (fecha de cumplimiento no establecida por el hospital).													
Vigencia 2008	GESTION AMBIENTAL	3.7.2. O - Incumplimiento al plan de mejoramiento remitido a la Secretaría Distrital de Salud con ocasión de la visita realizada el 20 de octubre de 2008, de lo observado a la fecha de la auditoria no se adelantó gestión por parte del hospital en: cumplimiento en las reuniones periódicas del comité, actualización de PGIRH, realización de auditorias externas, depósitos temporales fuera de los contenedores, condiciones adecuadas de depósitos temporales ya que no cuentan con ventilación, adecuación del deposito de residuos	Actualizar el PGIRH en 2009 y 2010, en los depósitos temporales se cuenta con orden y designación de contenedores para cada deposito en cumplimiento de código de colores y sensibilización sobre política y planes ambientales de la institución, en cuanto a la adecuación de ventilación del deposito de residuos de servicio de urgencias, se realizaron acciones como la recolección de basuras, aumentando recolección de esta por la ruta sanitaria.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	100% de las acciones programadas	Subgerencia Administrativa y jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Milton José Hernández Ariza - Subgerente Administrativo y Sandra Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al Usuario	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	30/08/2010	1	1	El área de gestión ambiental actualizó los Planes PGIRH y del PIGA, de las versiones 2009 -2010. Igualmente, se cuenta con contenedores de 55 galones para cada depósito, con sus respectivos colores. Se realizaron las capacitación de sensibilización sobre políticas ambiental. Aumentando los recorridos de recolección de las rutas sanitarias de 3 a 6 en el día.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		para el área de urgencias, incrementar la cultura de cuidado y respeto por los bienes del hospital, mantenimiento al deposito central de residuos, carros buggies de transporte de residuos en perfecto estado .													
VIGENCIA 2009	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1 La Oficina de Control Interno presenta deficiencias relacionadas con la planta de personal que la conforma, toda vez que la misma esta integrada por un (1) Jefe de Oficina (e), que a la vez cumple funciones como Jefe de la Oficina de Planeación del Hospital, un (1) Profesional Especializado y una (1) Secretaria, contraviniendo lo normado en el Parágrafo 2, "El auditor interno o quien haga sus veces, contará con el personal multidisciplinario que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con la	Contratar un Recurso Humano que apoye la Oficina de Control Interno en el plan de acción del área.	Número de personas contratadas / Total de Personas a Contratar	100% en Contratacion de Recurso Humano	Subgerencia Administrativa	Milton Hernández Ariza	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	La Gerencia ordenó la contratación de un recurso humano necesario para apoyo del área de Control Interno, se contrato un tecnólogo en Administración de Empresas y un Contador.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		naturaleza de las funciones del mismo. La selección de dicho personal, no implicará, necesariamente, aumento en la planta de cargos existentes.?, del Artículo 11, de la Ley 87 de 1993, situación que da como resultado una alta concentración de funciones en el profesional especializado de Control Interno y un impedimento para el cabal cumplimiento de los objetivos de dicha oficina.													
VIGENCIA 2009	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2 En el Área de Calidad y Atención al Usuario, se presenta un alto número de riesgos en el proceso de ?Seguridad al Paciente?, denominado EVENTOS ADVERSOS, los cuales deben ser tratados, estudiados y evaluados en el Comité Institucional de Vigilancia de Eventos Adversos, creado mediante Resolución 074 de febrero 14 de 2008. Al verificar el cumplimiento de las funciones asignadas al Comité, se pudo	Realizar una reunión mensual del Comité de Seguridad al Paciente	Número de Reuniones Realizadas / Número de Reuniones Programadas	100% en la realización de reuniones mensuales	Oficina de Calidad	Sandra Stela Moreno Britto	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Los comités de seguridad al paciente, se están realizando mensualmente de los meses de julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre y diciembre de 2010, la oficina de Control Interno verifico que las actas reposan en archivo del área de seguridad al paciente de la oficina de calidad.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>establecer que el mismo, ha venido incumpliendo lo estipulado en el Artículo 4 de la citada norma, toda vez que sus miembros no se han reunido de forma mensual, para emitir conceptos sobre los informes de eventos adversos presentados en el mes anterior. Lo anterior, se estableció cuando se solicitaron las respectivas actas de reunión y se comprobó que a la fecha (marzo 12 de 2010), solo hay documentos soportes del acta No. 1 de febrero 19 de 2008. Dado lo anterior, se corroboró que en cumplimiento de la misma resolución, la Oficina de Calidad y Atención al Usuario, citó durante el 2009, en once (11) oportunidades, a reuniones a los miembros del Comité, sin que se haya podido establecer evidencias de las mismas. Finalmente, se observa que no obstante el Comité viene incumpliendo con sus funciones, se ha conformado con</p>													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>profesionales interdisciplinarios, desde el mes de febrero de 2009, un Grupo de Apoyo Seguridad del Paciente, el cual se reúne de manera periódica con el fin de establecer acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Pero como este grupo no tiene poder de decisión e implementación de acciones correctivas, se puede concluir que no hay herramientas que le permitan al hospital implementar las acciones de mejora para brindarles seguridad a los pacientes. En aras de disminuir los riesgos en el manejo a pacientes, el grupo de apoyo conformado solicitó a la Oficina Jurídica concepto con el fin de que dicho grupo se constituya en Comité, pero a la fecha, dicha dependencia no ha dado respuesta a la misma, no obstante que el plazo para poder conformarlo se venció en el mes de febrero de 2010, según</p>													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		el Ministerio de la Protección Social.													
VIGENCIA 2009	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3 Se pudo establecer que el Comité Técnico Científico no ha venido cumpliendo con lo establecido en el Acuerdo 94 de 1998, en lo que tiene que ver con las funciones y la periodicidad de las reuniones. Si bien es cierto, que la Subgerencia de Servicios de Salud puso a disposición las ?Actas de Comité Técnico Científico? de la vigencia 2009, las mismas, solo reflejan la participación en cada una de ellas, de un solo integrante de dicho comité, lo que no permite que se aprueben las decisiones que se tomen, por no	Realizar una reunión mensual del Comité Técnico Científico con los integrantes del mismo.	Número de Reuniones Realizadas / Número de Reuniones Programadas	100% en la realización de reuniones mensuales	Subgerencia de Prestación de Servicios	Sandra Liliana Salamanca Figueroa	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Los Comité técnico científico se vienen realizando mensualmente desde el mes de abril de 2010, las actas de los comités de los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2010, reposan en el archivo de la Subgerencia de Prestación de Servicios como lo ha verificado la Oficina de Control Interno.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		contar con la tercera parte de los asistentes como lo establece el precitado Acuerdo. Por otra parte, en las actas evaluadas, se evidenció que siempre participan dos o tres médicos de distintas especialidades, donde tratan situaciones médicas urgentes que se presentan a diario con los usuarios, sin embargo no se refleja literalmente el cumplimiento específico de las funciones asignadas a dicho comité. Lo anterior contraviene el artículo 2, de la Ley 87 de 1993, y el artículo 66 del Acuerdo 94 de 1998, por la cual se modifica la estructura orgánica del Hospital Occidente de Kennedy													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CONFIDENCIAL INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CON TABLAS	3.3.3 Comparado el valor de la cartera rendida por el Hospital a diciembre 31 de 2009 a través del SIVICOF, frente al informe de cartera enviado a esta auditoria mediante oficio OPL 026 de enero 25 de 2010, se establece diferencia total de \$10.068.3 millones y donde algunos valores presentan diferencias significativas, otros no figuran en algunas de las relaciones o tienen saldos contrarios a su naturaleza, Lo anterior genera incertidumbre en el saldo de estos deudores \$63.925.0 millones, incumpliendo con lo preceptuado en el acápite 102 y 103 del título 2 numeral 7 del Plan General de Contabilidad Pública versión 2007.2.	1.-Presentacion de los reportes de cartera a través del SIVICOF con cifras conciliadas previamente entre Cartera y Contabilidad.	1.- % Diferencias = Saldos de cartera/ Saldos Contables * 100	1.- Reportar informes de SIVICOF de cartera con el 0% de diferencia entre contabilidad y cartera.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La Oficina de Planeacion presentó semestralmente vía Internet los informes correspondientes del año 2010. La Oficina de Control Interno verifico que estos reportes se están presentando semestralmente a través del SIVICOF.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.4 En conciliaciones de glosas, el hospital aceptó valores que deberían ser refacturados por pertenecer el usuario a otra EPS, aspecto que a la fecha no se ha realizado como se describe: El 19 de enero 2009 la firma Aseisa (empresa contratista para el cobro de cartera, gestión de glosas y depuración de cartera) contesta la glosa 1338 de noviembre 2008 por \$1.11 millón de la cual aceptan \$0.6 millones, dentro de los conceptos motivo de glosa aceptada se encuentran: pacientes activos en Cafesalud a los cuales les generaron las facturas Hospital Occidente de Kennedy 744772/08 por \$0.1 millón, suspendido de la ARS \$0.26 millón, Hospital Occidente de Kennedy 747339 \$0.051 millón y Hospital Occidente de Kennedy 754909, consultado en la oficina de facturación si estos valores se refacturaron, se estableció que a la fecha	1. Elaborar base de datos por parte de Cartera con la relación de facturas a refacturar, con corte a Septiembre 30 de 2010, con las cuales Facturación adelantara el proceso de refacturación. A partir del mes de Octubre de 2010 el área de Cartera elaborará y presentará el informe de a Facturación para la refacturación. 2.- Diseñar y socializar el procedimiento de refacturación.	1. % Refacturación = Número de cuentas refacturadas/ Cuentas a refacturar * 100 2.- Procedimientos de refacturación diseñados y socializados / Total procedimientos de refacturación*100.	1.- Refacturar el 100% de las cuentas a refacturar de acuerdo a los informes del área de Cartera. 2.- Diseñar y socializar al 100% el procedimiento de refacturación.	CARTERA - FACTURACION - SISTEMAS DE INFORMACION	PATRICIA CARREÑO - GIOVANNI BELTRAN - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. Se Elaboro la base de datos por parte de Cartera con la relación de facturas a refacturar a Septiembre 30 de 2010. El área de Cartera presento el informe de facturación para la refacturación con la cual se hizo la refacturación a partir del mes de octubre de 2010. 2.- El área de cartera diseño y socializo el procedimiento de refacturación. Los informes y procedimientos de facturación se presentaron para su legalización al área de Calidad, y se encuentran en el archivo del área de cartera para su consulta como lo verifíco la oficina de Control Interno.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		aún no se ha efectuado tal proceso, con lo cual se determinó que no existen controles en los derechos a favor del Hospital, por consiguiente la cuenta se encuentra subestimada en \$0.42 millones y su correlativa patrimonio.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.5 Consultada la conciliación de cartera realizada por el hospital con la Dirección Sanidad Ejército el 5 de noviembre de 2009 se observa que en ella incluyen como facturación prescrita la suma de \$15.0 millones por valores del año 2000 a febrero 2007, que de no adelantar el hospital las acciones pertinentes puede verse avocado a la pérdida de recursos.	1.- Realizar el proceso de depuración contable de los saldos registrados con cargo a esta Entidad. 2.- Continuar con el proceso de recuperación de cartera ante las instancias jurídicas correspondientes.	1.- % Depuración = Valor cartera depurada / Valor total cartera registrada con esta Entidad *100. 2.- % Cartera recuperada / Total cartera *100.	1.- Depurar en un 100% los registros correspondientes a DISAN. 2.- Recuperar el 70% de la Cartera de DISAN.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	0.5	0.50	Acción Correctiva 1: Los expedientes de DISAN se encuentran debidamente soportados los cuales se pasaron a la Oficina Asesora Jurídica, y esta pendiente de presentación al comité de sostenibilidad. Acción Correctiva 2: La depuración de las deudas de difícil cobro se vienen realizando, las cuales se presentaron al comité de sostenibilidad contable. La Oficina de control Interno hizo el seguimiento respectivo a estas acciones correctivas y elaboro las actas respectivas de donde establece que estas acciones	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													están de acuerdo a los plazos establecidos de cumplimiento.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.6 Según estado de cartera presentado en SIVICOF a diciembre 31 de 2009, se evidencia que de un total de \$47.108.7 millones de saldo total, \$18.806.6 millones corresponden a cartera que supera los 360 días, equivalente al 39.9%, de esta \$2.445.6 millones superan los cinco años de antigüedad, sin incluir la cartera respaldada por pagarés, lo que puede conllevar a que recursos de la entidad no sean reconocidos o su recuperación afecte las finanzas del hospital. Incumpliendo con lo establecido en la Resolución 357 del 23 de julio de 2008,	1.- Elaborar inventario documental para cada uno de los terceros que conforman la cuenta DEUDORES SERVICIOS DE SALUD. 2.- Realizar procesos de circularización al cierre de cada periodo trimestral. 3.- Solicitar citas de conciliación telefónicamente de manera permanente y por escrito al finalizar cada trimestre. 4.- Realizar procesos de conciliación de saldos entre contabilidad y cartera y entre facturación y cartera por concepto de facturación radicada. 5.- Elaborar expedientes que contengan toda la información tanto contable como administrativa de cada uno de los terceros que conforman la cuenta DEUDORES SERVICIOS DE SALUD. 6.- Actualización de	1.- % Inventario Documental = Empresas con inventario documental / Total empresas * 100, 2.- %Procesos de Circularización = Procesos de Circularización adelantados / Total circularizaciones a realizar * 100, 3.- % Solicitud Citas Conciliaciones = Citas para conciliar solicitadas / Total citas a solicitar * 100, 4.- % Conciliaciones internas Facturación y Cartera = Conciliaciones realizadas / Total	1.- Elaborar inventario documental del 30% de las empresas que conforman la cuenta Deudores Servicios de Salud, 2.- Realizar el 100% de los procesos de circularización proyectados, 3.- Realizar el 100% de las solicitudes para solicitar citas de conciliación	CARTERA - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - ISABEL BELLO - LUZ MYRIAM RONCANCIO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO -	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1: Se elaboro el inventario documental para cada uno de los terceros que conforman la cuenta Deudores de Servicios de Salud. 2: Se hizo la circularización trimestralmente y al cierre de cada periodo. 3: El área de cartera lleva un libro de control de llamadas telefónicas, en el cual se hace seguimiento al pago, a la solicitud de soportes de pago y conciliación contable y médica. 4: Se estan realizando mensualmente las conciliaciones entre las siguientes áreas de Cartera, Tesorería y presupuesto, Conciliaci	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>Numeral 3.1. de la Contaduría General de la Nación al no efectuar todas las veces que sea necesario las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes contables, de tal forma que éstos cumplan las características cualitativas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de que trata el marco conceptual del Plan General de Contabilidad Pública.</p>	<p>manual de procedimientos de cartera. 7. Diseñar estrategias para el proceso de recuperacion de cartera de manera permanente.</p>	<p>conciliaciones a realizar * 100, 5.- % Expedientes Cartera = Expedientes con la totalidad de la información del tercero y estado de cuenta / Total terceros *100, 6.- % Conciliaciones realizadas tercero = Conciliaciones realizadas / Total terceros *100. 7.- Procedimientos Actualizados / Total procedimientos *100. 10.- % Estrategias aplicadas en el recaudo de cartera / Total estrategias *100.</p>	<p>con terceros, 4.- Realizar el 100% de las conciliaciones proyectadas entre contabilidad, cartera y facturación, 5.- Elaborar el 30% de los expedientes de terceros que conforman la cuenta Deudores Servicios de Salud, 6.- Actualizar el 100% de los procedimientos de Cartera, 7.- Aplicar el 100% de las estrategias diseñadas para el recaudo de cartera.</p>		MANUEL MATAMOROS						<p>ones entre Cartera y Contabilidad y Conciliaciones entre Cartera y Facturación. 5: Se estan elaborando los expedientes tanto contable como administrativa de cada uno de los terceros que conforman la cuenta DEUDORES SERVICIOS DE SALUD. 6: Se actualizo el manual de procedimientos de cartera el cual fue legalizado por la oficina de calidad y fue socializado el cual se encuentra en el archivo del area de cartera para su consulta. 7: El area de Cartera implemento y realiza permanentemente estrategias de recaudo de Cartera con forma a la normatividad vigente. La Oficina de Control Interno ha hecho seguimiento a estas acciones y evidencia que estas acciones correctivas se estan realizando de acuerdo al cronograma presentado a la Contraloria.</p>		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CON TABLAS	3.3.7 Verificada la información suministrada por la farmacia en relación con la gestión adelantada para la devolución o cambio de medicamentos, se observó que al finalizar la vigencia auditada se diligenciaron dos formatos con la relación de medicamentos vencidos en el 2007, 2008 y 2009 para dar de baja los cuales suman \$3.4 y \$10.2 millones, consultados los documentos de gestión para cambio de los vencidos se soportaron solicitudes para la Adenosina, Dantrolene, Lamotrigina, cateter termomodulación por \$6.5 millones y algunas prótesis que soportaron su reutilización \$2.0 millones para un total de \$8.5 millones soportada la gestión, constituyéndose en un presunto daño al patrimonio de la institución en cuantía de \$5.1 millones. Incurriendo en lo contemplado en los literales a) y f) de la Ley	1.- Fortalecer el proceso de contratación para que se incluya en las minutas la responsabilidad del proveedor en cuanto a los cambios de los medicamentos y/o insumos hospitalarios de baja rotación. 2.- Ajustar e implementar el módulo de inventarios para que se maneje la información concerniente a lote, fechas de vencimiento y se generen alarmas para realizar los trámites pertinentes en los tiempos que se establezcan. 3.- Verificar trimestralmente las fechas de vencimiento de los medicamentos y/o insumos hospitalarios. 4.- Actualización de manuales de procesos y procedimientos de farmacia.	1.- % Contratación = Número de contratos con rotación de medicamentos vencidos / Total contratos adquisición medicamentos*100 2.- % Ajuste sistema de información = Ajustes realizados sistema de información / Total ajustes a realizar *100 3.- % Verificaciones inventario = Verificaciones efectuadas al inventario / Total verificaciones a realizar * 100. 4.- % Actualización Manuales de Procedimientos = Procedimientos actualizados / Total procedimientos a actualizar * 100.	1.- El 100% de los contratos para la adquisición de medicamentos deben incluir cambios por baja rotación. 2.- Realizar el 100% de los ajustes necesarios en el sistema para el control de medicamentos. 3.- Realizar el 100% de las verificaciones de fechas de vencimiento. 4.- Actualizar el 100% de los procedimientos de Farmacia.	OFICINA JURIDICA - FARMACIA - SISTEMA S DE INFORMACION	BETTY PULIDO - DARY TERAN - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1.En los contratos se establecieron en la cláusula 21 la vigencia de los productos. Indicando que la empresa recibirá los elementos o productos del contrato de vigencia no mayor a una vigencia del 75%, y con vigencia menor. El contratista presentara carta de compromiso del cambio sin previo aviso de esta forma se garantiza el cambio de medicamentos que presenten baja rotación. 2. El área de farmacia, verifica periódicamente las fechas de vencimiento de medicamentos los cuales se encuentran semaforizados. 3. Se realizó la actualización de los manuales de procedimientos del área. La Oficina de Control Interno ha hecho seguimiento a estas acciones correctivas las cuales se encuentran al 100% realizadas y los soportes se encuentran en la Oficina Jurídica para	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		87 de 1993, artículo 7 de la Ley 610 de 2000, Ley 734 de 2002.											su consulta.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.10 Al verificar el saldo de la cuenta, se evidenció que el proceso de conciliación con las diferentes entidades esta pendiente de concluir, en algunas se encuentra conciliada al 2006, lo anterior genera incertidumbre en el saldo reflejado en los estados financieros \$2.809,6 millones.	1.- Adelantar proceso de conciliación con las entidades que conforman el situado fiscal de la vigencia 1994 a 2001 y sistema general de participaciones de la vigencia 2002 a 2009.	1.- % Empresas Conciliadas = Empresas conciliadas / Total empresas a conciliar *100	1.- Conciliar el 100% de las entidades que conforman el Situado Fiscal y/ o sistema general de participacion es.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - TALENTO HUMANO	MILTON HERNANDEZ	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	0.1000000 000000000 055511151 231257827 021181583 404541015 625	0.50	El proceso de depuración del situado fiscal y sistema general de participaciones no ha presentado avance significativo de acuerdo al cronograma de evaluación hecha por la Oficina de Control Interno y se mantienen en un 15% de avance que es muy bajo, con semaforización en rojo. Para lo cual la Oficina de control interno ha notificado a la Gerencia y Subgerencia de Administrativa para que se tomen las medidas necesarias para su cumplimiento en los 6 meses que quedan para su	1	A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													cumplimiento.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.11 Al evaluar los motivos de la antigüedad de los saldos de las cuentas por pagar, se constató que algunas cuentas están pendientes de conciliación o pendiente de soportes, se considera importante que se depure la cuenta a fin que los estados financieros reflejen la situación real de la Entidad, aspecto que genera incertidumbre en el saldo de la cuenta \$21.298,7 millones. Incumpliendo con el numeral 104 del PGCP en cuanto a la razonabilidad de la información contable pública.	1. Elaborar inventario documental de todos los terceros que conforman las CUENTAS POR PAGAR. 2. Elaborar proceso de circularización de terceros al finalizar cada periodo semestral a partir del 30 de Junio de 2010. 3.- Realizar conciliación mensual entre Cuentas por pagar y Contabilidad.	1.- % Inventario documental = Total terceros incluidos en el inventario documental / Total terceros que conforman las cuentas por pagar * 100. 2.- % Procesos de Circularización = Circularizaciones realizadas / Total circularizaciones a realizar * 100. 3.- % Conciliaciones = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar * 100.	1.- El 100% de los terceros que conforman las cuentas por pagar deben estar incluidos en el inventario documental. 2.- Realizar el 100% de las circularizaciones programadas. 3. Realizar el 100% de las conciliaciones programadas.	TESORERIA	MARIA ISABEL BELLO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. El área de Tesorería elaboró inventario documental de cuentas por pagar. 2. El área de Tesorería elaboró el proceso de circularización a terceros. 3. Las áreas de Tesorería y Contabilidad están realizando las conciliación de saldos de cuentas por pagar. La Oficina de Control Interno esta haciendo seguimiento a esta acción correctiva y evidencia el cumplimiento de esta, para lo cual se encuentran actas realizadas y soportes en el archivo del área de Contabilidad para su consulta.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.12 En la verificación del cumplimiento de la obligación tributaria por parte del Hospital, en cuanto a la presentación y pago oportuno de las declaraciones de retención en la fuente se estableció que la entidad realizó la presentación dentro del plazo legal, sin embargo, su pago en algunos meses lo realizó en forma extemporánea acarreándole intereses de mora como se detalla. El 23 de octubre de 2009 con orden de pago número 8616, el Hospital pagó a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales la suma de \$19.2 millones que incluyó intereses de mora por valor de \$1.5 millones, por pago extemporáneo en las declaraciones de retención en la fuente correspondiente a los meses de mayo, junio, julio, agosto de 2009 y noviembre de 2008.	1. Realizar el pago de la declaración de Retención en la Fuente en la fecha establecida en el calendario tributario. 2.- Actualización del manual de procedimientos para pago de obligaciones tributarias.	1.- % Declaraciones Canceladas = No. Declaraciones canceladas en la fecha de presentación / Total declaraciones a presentar *100.	1.- Cancelar el 100% de las declaraciones de la vigencia 2010 en la fecha de presentación de las mismas.	COMITÉ DE FLUJO DE PAGOS (GERENTE, SUBGERENTE FINANCIERO, SUBGERENTE ADMINISTRATIVO, SUBGERENTE PRESTACION DE SERVICIOS Y TESORERO)	ISABEL BELLO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La presentación y pago de las declaraciones del impuesto mensual de Retención en la Fuente se están presentando dentro de las fechas oportunas señaladas según la normatividad vigente. la Oficina de Control Interno verifico esta acción.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.13 Al evaluar la conciliación entre las áreas de contabilidad, Cartera y facturación se evidenció una diferencia de \$1.868.5 millones, correspondiente a la facturación pendiente de radicar de meses diferentes a diciembre de 2009, que afecta la liquidez del ente auditado y su razonabilidad, así mismo al evaluar la facturación generada de diciembre que según informe de facturación asciende a \$12.419.0 millones difiere de la informada el 25 de marzo de 2010. Se incumple con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 85, 92, 97 referente a los objetivos de la información contable pública, y los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111 referentes a las características cualitativas de la información contable pública y el ítem 122 que hace mención al principio de contabilidad pública de revelación.	1.- Realizar conciliación mensual por concepto de facturación generada entre Contabilidad y Facturación. 2.- Realizar conciliación mensual por concepto de facturación radicada entre Cartera y Facturación. 3.- Verificar que al cierre de cada periodo mensual la facturación pendiente por radicar corresponda a la facturación generada en el último periodo mensual. 4.- Presentar informe justificando la facturación que se encuentra pendiente por radicar generada en periodos diferentes al último, con el fin de aplicar los correctivos pertinentes.	1.- % Conciliación Facturación = Conciliaciones realizadas facturación generada / Total conciliaciones a realizar *100. 2.- % Conciliaciones Cartera = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar * 100. 3.- % Facturación radicada = Facturación radicada en cada periodo / Total facturación generada en el periodo *100, 4.- % Facturación pendiente por radicar periodos anteriores = Facturación pendiente por radicar periodos anteriores / Total facturación generada periodos anteriores *100,	Radicar el 100% de la facturación generada en el periodo siguiente a su emisión. En casos de que no sea factible la misma debe estar debidamente justificada.	FACTURACION	GIOVANNI BELTRAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. Las áreas de Contabilidad y Facturación están realizando las conciliación por concepto de facturación generada mensualmente. 2. Las áreas de Facturación y Cartera realizaron conciliación por concepto de facturación radicada, las cuales reposan en archivo de las áreas de contabilidad, facturación y cartera. 3. El cierre de cada periodo de la facturación pendiente se esta realizando de acuerdo con la facturación generada para el periodo. 4. Los informes de facturación de periodos anteriores pendientes de radicar se esta presentando con las justificaciones correspondientes, aplicando los correctivos necesarios según el caso. La oficina de Control interno ha hecho el seguimiento y verificación de las acciones realizadas, para lo cual hay actas	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													y los soportes se encuentran en el araea correspondiente.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CON TABLAS	3.3.14 Se evidenció la existencia de 1.706 cuentas abiertas al cierre de la vigencia 2009, por el ingreso de pacientes atendidos a los cuales aun hoy, se esta pendiente de facturar los servicios y/o explicar o depurar su existencia dentro de los datos del área de facturación, lo anterior pone en riesgo los recursos de la entidad, afecta los ingresos y la cartera, generando incertidumbre en la cuenta auditada y las correlativas. Se incumple con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 85, 92, 97 referente a los objetivos de la	1. Realizar una base de datos que contenga las cuentas abiertas con corte a Diciembre 31 de 2009. 2.- Efectuar el seguimiento y depuración de los 1.706 ingresos abiertos, elaborar y radicar las facturas correspondientes y/o justificar la razon del ingreso abierto. 3.- Actualizar, aprobar y socializar los manuales de facturación.	1.- % Ingresos abiertos base de datos = Ingresos abiertos a Diciembre 31 de 2009 incluidos en base de datos / Total ingresos abiertos del sistema *100. 2.- % Depuración ingresos abiertos = Ingresos abiertos depurados / Total ingresos a depurar *100. 3.- % Actualización manual de procedimientos = Procedimientos actualizados / Total procedimientos facturación *100.	1.- Elaborar base de datos con el 100% de los ingresos abiertos a Diciembre 31 de 2009. 2.- Realizar depuración del 90% de los ingresos abiertos a Diciembre 31 de 2009. 3.- Realizar actualización del 100% de los manuales de procedimientos.	FACTURACION SISTEMA DE INFORMACION	GIOVANNI BELTRAN - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. El área de Facturación realizo la depuración de las cuentas abiertas con corte a Diciembre 31 de 2009. 2. Se han radicado las facturas dentro de los plazos establecidos. 3. Actualización del manual de procedimientos de facturación, los cuales fueron legalizados por la Oficina de Calidad. La oficina de Control Interno ha realizado el seguimiento respectivo de su cumplimiento y verifíco que estas acción se esta realizando de forma oportuna. Los soportes se encuentran en el área de Contabilidad	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		información contable pública, y los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111 referentes a las características cualitativas de la información contable pública y el ítem 122 que hace mención al principio de contabilidad pública de revelación											para su consulta.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.15 Al Auditar la Facturación generada en la vigencia 2009, frente a los datos suministrados por el sistema de información Dinámica Gerencial en el área de Facturación, se evidenciaron diferencias entre ellas. Lo anterior no permitió tener certeza del total de facturación generada por la entidad en la vigencia 2009, generando incertidumbre de \$96.170,0 millones y poniendo en riesgo los recursos del ente auditado, por cuanto las conciliaciones no son consistentes, El evento referido no se revela dentro de las notas a los	1.- Solicitar la realización de los ajustes al proveedor del sistema Dinamica Gerencial a los reportes generados por el sistema de información para el área de Facturación, de tal manera que los reportes de facturación coincidan con los registros del sistema de información y contabilidad.	1.- % Reportes satisfactorias = Reportes de facturación satisfactorios / Total reportes generados por Facturación *100.	1.- Solicitar ajustes y modificaciones al 100% de los reportes generados por el módulo de Facturación deben ser satisfactorios	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMA DE INFORMACION - FACTURACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO - GIOVANNI BELTRAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	El área de Sistemas de Información conjuntamente con el área de Facturación adelantaron las revisiones de los reportes de facturación en el sistema como son: conceptos, cuentas y reportes, con lo que se solicito al proveedor del sistema efectuar los ajustes pertinentes en la generación de reportes. La Oficina de Control Interno verifico dichas acciones que se encuentran en archivo del área de sistemas.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		estados financieros. Se incumple con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 92, 97 referente a los objetivos de la información contable pública, y los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111, 113 referentes a las características cualitativas de la información contable pública y el ítem 122 que hace mención al principio de contabilidad pública de revelación.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.16 Al evaluar la oportunidad del proceso de anulación y refacturación de servicios de salud glosados y tomando como muestra el mes de diciembre se evidencio que los ingresos están sobre valorados en cuantía de \$184.6 millones en razón a 24 facturas que presentaron inconsistencias que requerían ser subsanadas por medio de refacturación, sin que a la fecha se halla efectuado el procedimiento. Lo anterior no permitió	1. Elaborar base de datos por parte de Cartera con la relación de facturas a refacturar, con corte a Septiembre 30 de 2010, con las cuales Facturación adelantara el proceso de refacturación. A partir de Octubre de 2010 el área de Cartera elaborara y presentara el informe mensual de Facturación para adelantar proceso de refacturación. 2.- Diseñar y socializar el procedimiento de refacturación.	1. % Refacturación = Número de cuentas refacturadas/ Cuentas a refacturar * 100 2.- Procedimientos de refacturación diseñados y socializados / Total procedimientos de refacturación*100.	1.- Refacturar el 90% de las cuentas a refacturar de acuerdo a los informes del área de Cartera. 2.- Diseñar y socializar al 100% el procedimiento de refacturación .	CARTERA - FACTURACION - SISTEMAS DE INFORMACION	GIOVANNI BELTRANA - PATRICIA CARREÑO - NESTOR ROMERO.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La base de datos de las facturas a refacturar se vienen realizando, además se esta presentando dentro de los términos establecidos el informe mensual de facturación y se diseño y socializo el procedimiento de facturación. La oficina de Control Interno realizo el seguimiento a estas acciones correctivas y verifico los soportes que dan fe de la acciones correctivas las cuales están en archivo del área de facturación para su consulta.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		tener certeza de la efectividad del proceso de facturación generada por la entidad en la vigencia 2009, generando incertidumbre y poniendo en riesgo los recursos del ente auditado, por cuanto la recepción del pago efectivo depende del envío en debida forma de la facturación. Se incumple con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 92, 97 referente a los objetivos de la información contable pública, y los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111, 113 referentes a las características cualitativas de la información contable pública													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD	ESTADOS CONTABLES	3.3.17 Se evidencio que no se efectúa técnicamente el proceso de cálculo de provisión a los deudores, es importante recalcar que el registro de la misma debe ser fruto de un estudio técnico, atendiendo el numeral 9.1.4.2. del PGCP, el cual es diferente a la	1.- Diseñar y aprobar las políticas para la provisión de Cartera de acuerdo a la normatividad que reglamenta la misma.	1.- % Políticas Provisión Cartera = Políticas aplicadas en la provisión de cartera / Total políticas diseñadas *100	1.- Registrar el 100% de la provisión de cartera de acuerdo a las políticas diseñadas para tal fin.	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	PATRICIA CARREÑO - SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	Las políticas de provisión se presentaron al Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública por parte de Cartera y Contabilidad en el mes de Diciembre de 2010. y se esta a la espera de las políticas de provisión de cartera	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
REGULAR 2009		provisión de carácter Tributario empleada por el hospital. Tomando como referencia el saldo de la cartera que se encuentra en el rango de 366 días a 1800 días (5 años) \$6.266.3 millones, más la cartera que supera los cinco años de vencida \$10.223.8 millones, se obtiene un valor de \$16.490.1 millones, la cual se cataloga como de difícil recaudo, confrontando este valor con el de la provisión de deudores que asciende a \$12.279.7 millones se obtiene una subvaloración de la misma de \$4.210.4 millones. Lo anterior afecta notoriamente la cuenta Deudores, los Gastos, la utilidad del ejercicio y por ende el patrimonio del ente auditado.					O - BETTY PULIDO - MARTHA LILIANA CRUZ - LUZ MYRIAM RONCANCIO - GIOVANNI BELTRAN - ISABEL BELLO - MANUEL MATAMOS						de acuerdo a la normatividad vigente. La oficina de Control Interno esta haciendo el seguimiento respectivo al cumplimiento de esta acción correctiva.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.18 Al evaluar la consistencia de la conciliación entre los costos y gastos se evidencio que el área contable no causo el servicio de Internet del mes de diciembre lo que origino una subvaloración por \$1.7 millones. Incumpliendo con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111 referentes a las características cualitativas de la información contable pública.	1.- Realizar conciliacion entre costos y contabilidad mensualmente.	1.- % Conciliacion = Conciliaciones efectuadas / Total conciliaciones realizadas *100	1.- Registrar el 100% de la informacion relacionada con costos y gastos Institucionales.	CONTABILIDAD - COSTOS	LUZ MYRIAM RONCAN CIO R. - NIDIA CARO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	Las conciliaciones de los saldos de las cuentas de Contabilidad y Costos se están realizando mensualmente y se encuentran conciliadas a Diciembre 31 de 2010, las cuales reposan en el archivo de las áreas de Contabilidad y Costos. La Oficina de Control Interno verifico las conciliaciones y archivo	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.19 La cuenta 58159301 y 24010199 al finalizar la vigencia 2009 quedaron subvaluadas en \$1.8 millones, al no estar contabilizada la multa de la investigación administrativa 1161 de 2006. Se incumple con lo normado en el PGCP en especial con los ítems 101, 102, 103, 104, 106, 111 referentes a las características cualitativas de la información contable	1.- Realizar conciliaciones mensuales entre Costos y Contabilidad. 2.- Realizar conciliaciones mensuales entre Tesorería y Contabilidad. 3.- Socializar trimestralmente a las áreas generadoras de hechos económicos en la Institución la información que se debe entregar a Contabilidad. 4.- Realizar conciliacion por concepto de multas y sanciones entre la oficina de Control Interno Disciplinario y Cuentas por Pagar.	1.- % Conciliaciones Costos = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar *100. 2.- % Conciliaciones Tesorería = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar *100. 3.- % Requerimientos = Solicitudes entrega información	1. Realizar el 100% de las conciliaciones mensuales entre Contabilidad y Costos. 2. Realizar el 100% de las conciliaciones mensuales entre Contabilidad y Tesorería. 3. Realizar el 100% de las	CONTABILIDAD - TESORERIA - COSTOS - CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	LUZ MYRIAM RONCAN CIO R. - ISABEL BELLO - NIDIA CARO - NICOLAS CUESTA	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. Contabilidad y Costos estan realizando mensualmente la conciliación por concepto de gastos y costos. 2. Contabilidad y Tesorería realizaron conciliación de saldos de cuentas por pagar. 3. Contabilidad socializó a todas las áreas generadoras de hechos económicos los informes que se requerian para el cierre	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		pública.		contable / Total solicitudes a realizar *100. 4.- % Conciliaciones cuentas por pagar y oficina control interno disciplinario = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar * 100	solicitudes programadas a las áreas generadoras de hechos económicos. 4.- Realizar el 100% de las conciliaciones programadas entre Control Interno Disciplinario y Cuentas por Pagar.								contable del primer semestre de la vigencia 2010. 4. Tesorería solicito a la Oficina Jurídica adelantar el proceso de conciliación de saldos por concepto de multas y sanciones. La Oficina de Control Interno verificó que los soportes se encuentren en los archivos de las áreas correspondientes para su verificación.		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULARES 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.20 Se constato que existe un proceso de acumulación de costos por centro de costos, se pretende a mediano plazo el costeo por procedimiento y/o servicio en relación con las actividades intermedias que surgen, con la atención a pacientes del FFS estos no se registran una a una se efectúa una actividad compleja a fin de sustentar la cuenta de cobro al referido tercero sin embargo no fue posible el avance del proceso. Es importante continuar con el costeo	1.- Implementar la estructura de Costos establecida en la Resolución No. DDC-005-2009 de la Dirección Distrital de Contabilidad.	% Implementación = Actividades de la Resolución DDC-005/2009 aplicadas / Total actividades a realizar *100.	1.- Implementación en un 100% el Modelo de Costos establecido por la Dirección Distrital de Contabilidad.	COSTOS	NIDIA CARO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	El área de Costos implemento la nueva estructura según los requerimientos de la Resolución 005 de la Contaduría Distrital. La Oficina de Control Interno verifico los soportes que se encuentran en archivo del área correspondiente.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		por evento y/o servicio prestado a fin de visualizar la obtención del punto de equilibrio por cada uno de ellos y el global de la entidad a fin de lograr una sostenibilidad económica y financiera a corto mediano y largo plazo.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODULAR REGULADOR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.21 La administración del Ente auditado adolece de un sistema de información lo suficientemente afinado y confiable, entre las áreas involucradas en el manejo del flujo de información financiera, lo que impide el análisis de la información reportada tanto al interior como al exterior. Lo anterior pese a haberse adquirido la implementación del aplicativo Dinámica Gerencial, para que funcionara en línea entre las diferentes áreas administrativas y operativas, mediante contrato 134 de 2005 por valor total de \$463.1 millones, liquidado el 20 de octubre de 2008, originando un sin número de reprocesos	1.- Finalizar el proceso de implementación del sistema de información en cada una de las áreas generadoras de hechos económicos, verificando parametrización, conceptos, reportes, utilidades del sistema y realizando procesos de reintroducción en el sistema de información. 2.- Implementar el sistema de información Dinámica Gerencial en línea entre las áreas generadoras de hechos económicos, una vez se encuentren funcionando de manera satisfactoria los módulos individuales.	1.- % Implementación Módulos = Módulos funcionando / Totalidad de módulos financieros *100. 2.- % Implementación sistema en línea = Módulos en línea / Total módulos financieros *100	1.- Lograr el 100% de la funcionalidad de los módulos en cada una de las áreas que conforman la Subgerencia Financiera. 2.- Lograr el 100% de la implementación del sistema de información DINAMICA GERENCIAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	0.5999999999999999 7779553950749686919152736663818359375	0.50	La oficina de sistemas adelanto las capacitaciones requeridas para los diferentes módulos del sistema, se realizó la parametrización de los diferentes módulos del sistema, se instalaron los módulos en las áreas responsables. Se encuentra en etapas de prueba para su integración.	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPI TULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		manuales aumentando el riesgo operativo no siendo eficaz frente a las necesidades de los usuarios. Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CONFORTAL INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.22. Las áreas de facturación y cartera presenta deficiencias e inconsistencias en las bases de datos, debilidades en la comunicación entre las áreas y procedimientos de Facturación y cartera no concatenados. es el caso de la EPSc Salud Coop, en la base de datos el mes de noviembre de 2009 no presenta movimiento sin embargo consultada la facturación de esa EPs en el auxiliar de ingresos por venta de servicios de salud figuran \$9.2 millones. Incumpliendo con los numerales 104 y 108 del Plan General de Contabilidad Pública. Ley 87 del Sistema de Control Interno, artículo 2, literales e, d y f.	1.- Realizar mensualmente conciliación entre facturación y cartera por concepto de facturación radicada. 2.- Diseñar, aprobar, actualizar y socializar el procedimiento para el registro y control de la facturación radicada.	1.- % Conciliaciones = Conciliaciones realizadas / Total conciliaciones a realizar *100. 2.- % Procedimientos = Procedimientos diseñados / Procedimientos a diseñar *100.	1.- Realizar el 100% de las conciliaciones programadas. 2.- Diseñar el 100% de los procedimientos para el registro y control de la facturación radicada.	FACTURACION - CARTERA	GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1: Conciliaciones mensuales entre Cartera y Facturación a diciembre de 2010. 2: El área de Facturación radicó ante la Oficina de Calidad procedimiento para refacturar el cual corresponde a facturación anulada. La Oficina de Control Interno verificó las respectivas acciones las cuales se encuentran en archivo de las áreas.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.23 La entidad no tiene implementadas las normas y reglamentos del sistema de control interno contable, actualizados con módulo de auditoria activados, a través de una información integral, oportuna y confiable en especial con lo que tiene que ver con la adecuada clasificación de costos y gastos, no toda la documentación y comunicación facilita al área contable efectuar los registros en forma eficiente y eficaz. Los estados financieros no fueron evaluados por la oficina de control interno que tiene el deber de velar por el cumplimiento conforme al literales b), e) y h) del artículo 2º de la Ley 87/93.	1.- Realizar evaluación de Control Interno Contable dos veces al año.	1.- % Evaluaciones realizadas = Número de Evaluaciones Realizadas / Evaluaciones Programadas *100.	1.- Realizar el 100 % de las evaluaciones programadas.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	MANUEL MATAMOS ZAMBRA NO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	A partir del mes de Julio de 2010, se han venido realizando evaluaciones parciales en las áreas que integran el proceso contable en especial, activos fijos, facturación, presupuesto, recaudo, demandas en contra de la ESE, pago de retenciones, actualización de procedimientos, elaboración de mapa de riesgo del proceso de gestión financiera, reuniones del comité de sostenibilidad contable, elaboración del plan de depuración y Evaluación final con corte a diciembre 31 de 2010, con base en la normatividad expedida por la Contaduría General de la Nación. Soportes que se encuentran en el área de Control Interno.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.24 La información financiera suministrada por el ente auditado no cumple del todo con los objetivos fijados en los artículos del PGCP, especialmente en lo que se refiere a que la información debe ser comprensible, fácil de entender y verificable, caso específico Deudores, Inventarios, Ingresos, costos y gastos. La cuenta gastos no presenta el valor total por concepto del gasto, sino por centros de costos, originada por la carencia de un sistema de costos técnicamente implementado. Se transgrede los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93	1.- Adoptar y socializar el procedimiento de control interno contable establecido en la Resolución No. 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación.	1. - % Socialización procedimiento control interno contable = Areas socializadas / Total áreas generadoras de hechos económicos *100	1.- Socializar el procedimiento de control interno contable en el 100% de las áreas generadoras de hechos económicos.	OFICINA DE CONTROL INTERNO - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	MANUEL MATAMOS ZAMBRAÑO - MILTON HERNANDEZ - SANDRA SALAMANCA - MONICA MORENO - GIOVANNI BELTRANA - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO R. - BETTY PULIDO - MARTHA LILIANA CRUZ.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. La Gerencia del Hospital socializó a todas las áreas generadoras de hechos económicos el procedimiento contable al igual que las políticas contables, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 357 de 2008 la Contaduría General de la Nación, por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable. El procedimiento de Control Interno se adopto mediante Resolución No. 260 de 2010. La Oficina de Control Interno verifica las comunicaciones emitidas por la Gerencia del Hospital relacionadas con el procedimiento y políticas contables establecidas en la Resolución No. 357 de 2008.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.25 Se evidencia en los registros la falta de mayor análisis en la aplicación de las normas contables para valuar y clasificar los hechos económicos, Lo que conlleva a la incorrecta presentación de los mismos, distorsionando las cifras presentadas. Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93.	1.- Adoptar y socializar el procedimiento de control interno contable establecido en la Resolución No. 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación.	1. - % Socialización procedimiento control interno contable = Areas socializadas / Total áreas generadoras de hechos económicos *100	1.- Socializar el procedimiento de control interno contable en el 100% de las áreas generadoras de hechos económicos.	OFICINA DE CONTROL INTERNO - COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	MANUEL MATAMOS ZAMBRAÑO - MILTON HERNANDEZ - SANDRA SALAMANCA - MONICA MORENO - GIOVANNI BELTRANA - PATRICIA CARREÑO - HENRY MORALES - LUZ MYRIAM RONCANCIO R. - BETTY PULIDO - MARTHA LILIANA CRUZ.	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1. La Gerencia del Hospital socializó a todas las áreas generadoras de hechos económicos el procedimiento contable al igual que las políticas contables, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 357 de 2008 la Contaduría General de la Nación, por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable. El procedimiento de Control Interno se adopto mediante Resolución No. 260 de 2010. La Oficina de Control Interno verifica las comunicaciones emitidas por la Gerencia del Hospital relacionadas con el procedimiento y políticas contables establecidas en la Resolución No. 357 de 2008.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.26 No se realizo ningún comité de sostenibilidad contable en la vigencia 2009, pese a los problemas del sistema de información frente a las cifras contables, ni realizo ningún comité de inversiones pese a los problemas de liquidez y sostenibilidad financiera. Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93, Resolución de Gerencia 223 de julio 23 de 2006.	1.- Realizar reuniones de Comité de Sostenibilidad del sistema de contabilidad publica de acuerdo a lo establecido en el reglamento del mismo. 2.- Realizar el comité de inversiones de acuerdo a la normatividad vigente.	1.- % Reuniones Comité Sostenibilidad = Reuniones de Comité de Sostenibilidad realizadas / Total Reuniones a realizar *100 2.- % Reuniones = Reuniones realizadas / Total Reuniones a realizar según normatividad interna vigente *100	1.- Realizar el 100% de las reuniones del Comité de Sostenibilidad del sistema de contabilidad publica de acuerdo a lo señalado en el reglamento interno del mismo. 2.- Realizar el 100% de las reuniones del Comité de Inversiones de acuerdo a lo señalado en la normatividad interna que reglamenta el mismo.	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA - COMITÉ DE INVERSIONES	SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MARTHA CRUZ - LUZ MYRIAM RONCANO - GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - ISABEL BELLO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	El Comité de Sostenibilidad del Sistema de Contabilidad Pública se encuentra debidamente conformado y se viene reuniendo de manera periódica. La institución no siguió con el comité de inversiones financieras. La Oficina de Control Interno participa de las reuniones del Comité donde se trataron temas de la depuración de cartera y se estableció el Plan de Sostenibilidad del Proceso Contable para cada una de las áreas de la Institución.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL QUE INTEGRALMENTE MODALIDAD REGULADA 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.27 La dirección financiera adolece de un apoyo efectivo de la Oficina de Control Interno, en el seguimiento y control suficiente de los procesos contables de grupos como propiedad planta y equipo, pasivos estimado, otros pasivos e ingresos, Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93.	1.- Realizar evaluación de Control Interno Contable dos veces al año y dar énfasis a la propiedad planta y equipo, pasivos estimados, otros pasivos e ingresos.	1. % Evaluaciones = Número de Evaluaciones Realizadas / Evaluaciones Programadas *100.	1.- Realizar el 100% de las evaluaciones programadas.	OFICINA DE CONTROL INTERNO	MANUEL MATAMOROS ZAMBRAÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La Oficina de Control Interno realizó verificación y seguimiento en los siguientes procesos: *AREA DE ACTIVOS FIJOS: En la cual se verificó la ejecución y realización del cronograma de trabajo de la toma física de los bienes de propiedad planta y equipo del HOK. y se realizó un análisis de las conciliaciones de saldos mensuales con el área de contabilidad, verificando los valores históricos, de depreciación, los bienes en bodega, en comodato, en arrendamiento y los bienes recibidos en dación de pago; igualmente se realiza acta donde se verifica los inventarios de 6 áreas de la Institución. *INVENTARIOS DE ALMACEN Y FARMACIA: La Oficina de Control Interno participó el 30-11-10, en la reunión del Comité de Inventarios, donde se estableció que se llevará a cabo	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													la toma física de los inventarios, para los días 22 y 31 de diciembre. *PASIVOS ESTIMADOS Y OTROS PASIVOS: La Oficina de Control Interno, verificò y analizò los saldos conciliados entre el àrea de Jurídica y Contabilidad sobre el total mensual de demandas interpuestas contra el HOK,, igualmente se analizaron los datos que se capturan del Programa ?SIPROJ?.		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS	3.3.28 La recuperación de los valores de las Glosas definitivas, no cuenta con un manual de procesos para la gestión oportuna que preceda a la acción de investigación que le compete a la oficina de control interno disciplinario. Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93.	1.- Adoptar e implementar y socializar el procedimiento para los procesos en investigación administrativa por concepto de glosas con presunta responsabilidad. 2. Adopción, Implementación y seguimiento del procedimiento de glosa por responder.	1.- % Procedimientos aprobados / Total procedimientos *100 2.- % Socialización Procedimientos = Procedimientos socializados / Total procedimientos *100 3.- % Aplicación Procedimientos = Procedimientos aplicados / Total procedimientos *100	1.- Aprobar el 100% de los procedimientos 2.- Socializar el 100% de los procedimientos. 3.- Aplicar el 100% de los procedimientos diseñados para el registro y control de las glosas aceptadas.	OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO - CARTERA - FACTURACION	NICOLAS CUESTA - PATRICIA CARREÑO - GEOVANY BELTRAN	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1: Los procedimientos se implementaron y se socializaron a las áreas involucradas. 2: El área de cartera entregó en medio magnético, archivos que muestras gestión realizada por mes de las glosas recibidas vs las glosas radicadas, con la cual se verifica la adopción e implementación del procedimiento. Se realiza seguimiento y verificación del sostenimiento y la continuidad de la acción correctiva en acta de fecha diciembre de 2010, por parte de la Oficina de Control Interno.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS	3.3.29 Los copagos se continúan contabilizando por el sistema de caja, se registra el valor recibido en caja directamente contra el ingreso, según los datos de los boletines diarios de Tesorería. No se está aplicando el sistema de causación de los copagos según la Circular Externa No. 035 de 2000 de la CGN, Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93.	1.- Verificar la adecuada utilización del sistema de información DINAMICA GERENCIAL por cada una de las áreas involucradas en el proceso de facturación.	1.- % Implementación Sistema de Información = Modulos implementados / Total modulos a implementar *100,	1.- Implementación al 100% en línea los modulos del sistema de Información Dinámica Gerencial.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	0.5999999999999999 7779553950749686919152736663818359375	0.50	La oficina de sistemas adelanto las capacitaciones requeridas para los diferentes módulos del sistema, se realizó la parametrización de los diferentes módulos del sistema, se instalaron los módulos en las áreas responsables. Se encuentra en etapas de prueba para su integración.	1	A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.30 Analizados los documentos de Humana Vivir régimen contributivo se observó que con las glosas aceptadas por el hospital, se diligenciamos matriz de responsabilidad por parte del área de cartera, la cual se envía a facturación para realizar correctivos y a Control Interno, revisado el cuadro de diciembre de 2009 y compararlo con algunas de las actas de conciliación de humana vivir del mismo mes se establece que no se reporta dentro de la columna responsabilidades el valor de la factura 1128761 aceptada por el hospital por radiografía de cadera no autorizada.	1.- Revisar la base de datos que contiene la información de glosa aceptada, con el fin de clasificar de manera adecuada la glosa aceptada por sobrefacturación o sobrecosto al igual que con presunta responsabilidad. 2.- Solicitar concepto a la Dirección Distrital de Contabilidad concepto sobre el procedimiento a seguir en casos de glosa aceptada. 3.- Diseñar, aprobar, socializar y aplicar un procedimiento para la glosa aceptada teniendo en cuenta el concepto que emita la Contaduría Distrital	1.- % Registro Glosa Aceptada = Glosa aceptada y clasificada de manera adecuada / Total glosa aceptada *100. 2.- % Solicitud conceptos = Solicitud conceptos procedimiento glosa aceptada / Total conceptos a solicitar *100 3.- % Procedimientos = Procedimientos aprobados y socializados / Total procedimientos a diseñar de acuerdo al concepto que emita la Contaduría Distrital * 100.	1.- Registrar de manera adecuada el 100% de la glosa aceptada. 2.- Realizar el 100% de la solicitud de conceptos para el procedimiento de glosa aceptada. 3.- Diseñar el 100% de los procedimientos de glosa aceptada teniendo en cuenta el concepto que emita la Contaduría Distrital.	CARTERA	PATRICIA CARREÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1: Se verifica la base de datos que contiene la información de glosa aceptada, con corte a diciembre de 2010. 2: Se recibieron las respuestas de la contaduría de los conceptos solicitados en el registro y control de la glosa aceptada, igualmente se recibió Circular 0012 del 14 de mayo de 2010, firmada por el Contador General de Bogotá que trata del reconocimiento y revelación de las operaciones realizadas por las IPS. 3: se realizó el procedimiento de glosa aceptada ajustándose a las necesidades de la Institución.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.31 Revisado el informe de cartera por edades rendido por el Hospital, se encuentra que, dentro de las EPS subsidiadas se incluyen algunas de las EPS liquidadas como COMCAJA; Salud Norte, Coesperanza, entre otras con código contable 140903 sin embargo al revisar en el libro auxiliar de contabilidad estas no figuran en dicha cuenta, denotando inconsistencia en la información que se remite a este Ente de Control, de otra parte en información suministrada de las actuaciones adelantadas por el hospital para hacerse parte de los proceso liquidatorios de las diferentes EPS no menciona la gestión adelantada ante West Caribbean Airways y ESE Luis Carlos Galán.	1.- Verificar que la totalidad de entidades liquidadas se encuentren registradas en deudas de difícil cobro. 2.- Recopilar y elaborar expedientes para cada una de las entidades liquidadas, los cuales deben contener: Documentos soportes de facturación generada, radicada, recaudada, glosas aceptadas, glosas contestadas, gestiones adelantadas para el recaudo de la cartera y acciones realizadas en el proceso de liquidación.	1.- % Registro entidades liquidadas = Entidades liquidadas registradas en deudas de difícil cobro / Total entidades liquidadas*100. 2.- % Expedientes Entidades Liquidadas = Expedientes de entidades liquidadas / Total entidades liquidadas *100.	1.- El 100% de los registros de entidades liquidadas se deben reportar como deudas de difícil cobro. 2.- Depurar en un 30% los registros correspondientes a entidades liquidadas.	COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD PUBLICA	SANDRA SALAMANCA - MILTON HERNANDEZ - MONICA MORENO - BETTY PULIDO - MARTHA CRUZ - LUZ MYRIAM RONCANO - GIOVANNI BELTRAN - PATRICIA CARREÑO - ISABEL BELLO - MANUEL MATAMOROS	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	1: Las áreas de Cartera y Contabilidad registran las entidades liquidadas como deudas de difícil cobro, situación que se evidencia en la conciliación de saldos entre Cartera y Contabilidad. 2: Para las Entidades Liquidadas (total 17), se solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante comunicaciones del 22 de septiembre y 12 de octubre de 2010, fotocopia de las resoluciones mediante las cuales se termina la existencia legal de dichas entidades. De igual manera se solicitó por parte del área de cartera a la Oficina Asesora Jurídica, mediante Memorando AC- 1431; 1448, 1467, 1472 y 1523 información relacionada con entidades liquidadas. En acta de diciembre de 2010, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a las acciones correctivas	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
													presentadas por el área de cartera, en la cual establece que estas acciones correctivas se estan adelantando dentro del cronograma presentado ala Contraloria.		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON INFORMACION INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	ESTADOS CONTABLES	3.3.32 Los gastos por administración, seguros e impuestos sobre los bienes recibidos en dación de pago, se evidencio que se causan y pagan extemporáneamente, solo hasta febrero de 2010 se causo la acreencia y el gasto por concepto de cuotas de administración de mayo a diciembre de 2009 de la oficina de Chinchiná que ascendió a \$0.39millones y seguros por \$0.017 millones. En conclusión y con base en el resultado obtenido de la evaluación realizada, el control interno contable del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel NO es confiable. Disminuyeron aspectos cuantificables tales como El Capital de Trabajo que paso de \$2.480 millones en el 2008 a -5.977.117 millones lo anterior Representa el margen de seguridad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones a corto plazo. Mide o evalúa la liquidez necesaria para que el	1.- Realizar la causacion mensual de los gastos generados por la oficina de Chinchina.	1.- % Gastos Registrados = Gastos causados / Total gastos a causar oficina Chinchina *100.	1.- Causar el 100% de los registros por concepto de administración y seguros de la oficina Chinchina.	ACTIVOS FIJOS - TESORERIA - CONTABILIDAD	HECTOR MUÑOZ - ISABEL BELLO - LUZ MYRIAM RONCANO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La causacion de los gastos de administración y servicios públicos se han realizado oportunamente y esta pago a diciembre de 2010.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		ente continúe funcionando fluidamente. El margen neto es negativo y refleja la situación apremiante de carencia de liquidez frente a las obligaciones con terceros. La causa de lo anterior se debe a la baja recuperabilidad de la cartera como se expreso en párrafos anteriores y al aumento de las cuentas por pagar.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2009	3.4. EJECUCION PRELIMINAR	3.4.1 En cuanto a los controles que deben existir en la parte operativa, el sistema de información Dinámica Gerencial no constituye una herramienta que garantiza el adecuado manejo de los rubros presupuestales, en lo que respecta al rubro de ingresos, toda vez que es llevado en forma manual a través de Excel.y la información es fraccionada entre las diferentes áreas de presupuesto, cartera y contabilidad, originando la no oportunidad y confiabilidad de la información suministrada, razón por la cual no fue posible realizar una verificación de los recursos, el cumplimiento de los plazos conforme a las condiciones establecidas en la normatividad que regula y lo establecido en las cláusulas contractuales, Incumpliendo los literales b) y e), del artículo 2 de la Ley 87/93. La documentación que soporta los movimientos	1.- Parametrizar y verificar la adecuada utilización del sistema de información por cada una de las áreas involucradas en el proceso de facturación. 2.- Implementar el sistema de información Dinámica Gerencial en línea entre las áreas generadoras de hechos económicos. 3.- Actualizar procedimientos de acuerdo al sistema de información Dinámica Gerencial.	1.- % Revisión = Módulos revisados / Total módulos a revisar *100. 2.- % Implementación en línea = Módulos en línea / Total módulos financieros *100. 3.- Procedimientos actualizados = Procedimientos actualizados sistema de información Dinámica Gerencial / Total módulos en línea sistema de información Dinámica Gerencial *100.	1.- Revisar el 100% de los módulos financieros. 2.- Implementar en un 100% el sistema de información en línea. 3.- Actualizar el 100% de los procedimientos financieros para un sistema de información en línea.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - SISTEMAS DE INFORMACION	MILTON HERNANDEZ - NESTOR ROMERO	PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA ENTIDAD	30/06/2010	30/06/2011	0.5999999999999999 9999999999 777955395 074968691 915273666 3818359375	0.50	La oficina de sistemas adelanto las capacitaciones requeridas para los diferentes módulos del sistema, se realizó la parametrización de los diferentes módulos del sistema, se instalaron los módulos en las áreas responsables. Se encuentra en etapas de prueba para su integración.	0,4	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		presupuestales se encuentra debidamente custodiada y archivada en orden cronológico, observándose un adecuado control y manejo de la misma.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION AL CONTRATO	3.5.1. En el contrato No.119 de 2008, cuyo objeto es : Adquisición de medicamentos SANDOSTATINA 20 MG OCTEODRIDE (10) AMPOLLA., se observa irregularidad desde la etapa precontractual, en razón a que en la invitación a cotizar Hospital Occidente de Kennedy-SA-036 de 2008, se indica en el ítem de las ?GARANTIAS?: ?El oferente que resulte seleccionado deberá constituir las siguientes garantías para el perfeccionamiento del contrato: - Responsabilidad Civil Extracontractual, por un valor equivalente al 30% del valor total del contrato, con una vigencia igual a la duración del contrato y dos (2) años más?, sin embargo, en la ?CLAUSULA DÉCIMA? del texto del contrato no se exigió la precitada garantía. Lo que implica que no se haya dado cumplimiento a los requerimientos trazados en la invitación a cotizar	Revisar los formatos de terminos de referencia y ajuste de condiciones de acuerdo a la necesidad requerida y de conformidad con los requisitos establecidos en el Manual Interno de contratación de la entidad.	100% de revisión de terminos de referencia y ajustes conforme al Manual Interno de Contratación.	Durante el 2010 ajustar los terminos de referencia a las invitaciones a realizar por parte del Hospital.	Subgerencia Administrativa - Jurídica	Milton Hernandez Ariza - Jeymi Beltran - Betty Pulido Buitrago	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Respecto a la contratación hasta el mes de diciembre de 2010, se han venido revisando los terminos de referencia de las invitaciones publicada, para que se adecuen al tipo de contratación, de acuerdo a los requisitos establecidos en el manual de contratación vigente.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		No.036-2008 relacionada con este aspecto. Por lo tanto se constituye un presunto hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria al transgredirse lo normado en el Acuerdo 024 de noviembre de 2003 "Manual de Contratación de la Entidad", la Ley 734 de 2002, Tomos I y II y la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2. De otra parte, en el mismo contrato 119 de 2008, se observa falencia en cuanto a la notificación para la delegación de supervisión del contrato, toda vez que la adición No.1 se suscribe el 24 de febrero de 2009 y la Oficina Jurídica elabora el oficio de designación de supervisión para las áreas de farmacia y almacén con fecha 04 de marzo de 2009 y solo hasta el 25 de marzo de 2009 estas son notificadas, es decir veintiún (21) días después de iniciada su ejecución, lo que implica que se desconozca la función de supervisión y oportuna gestión al cumplimiento del objeto contractual. Por lo tanto se transgrede lo normado en el Acuerdo 024 de fecha 05 de noviembre de 2003 ?Manual de Contratación de la Entidad?, Resolución No.474 de 2007 ?Manual de Supervisión?. Ley 734 de 2002, Tomos I y II y Ley 87 de 1993 en su	Dar cumplimiento a los terminos establecidos por el Manual Interno de Contratación y el manual de supervisión, respecto de la notificación de los supervisores	100% de supervisores notificados dentro del termino establecido	Al 31 de diciembre haber notificado a todos los supervisores dentro del termino establecido para ello de acuerdo al Manual de Contratación y de Supervisión.	Jurídica - Contratación	Betty Pulido Buitrago - Diego Naranjo - Nury del Pilar Vera	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se viene dando cumplimiento a los términos del Manual Interno de contratación y Manual de Supervisión, a diciembre de 2010, se han notificado los supervisores que fueron asignados para la ejecución contractual, dentro de los términos requeridos en el manual de contratación vigente.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		artículo 2º literales a, d y e.													
VIGENCIA 2009	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.3. Del contrato de servicios No. 002 de 2009, cuyo objeto es: ?Prestación del servicio de médicos especialistas en pediatría para la UCI de Pediatría, los siete (7) días a la semana durante las (24) horas?, se observa irregularidad de gestión, control y seguimiento en la ejecución del contrato por parte de la supervisión, teniendo en	Capacitar respecto de las funciones de los supervisores en torno a la Resolución No. 474 de 2007.y las reformas que se realicen a la misma..	100% de los supervisores capacitados.	Al 31 de diciembre haber capacitado a el 100% de los supervisores de contratos y ordenes.	Juridica - Contratación - Supervisores Designados	Betty Pulido Buitrago - Nury del Pilar Vera Vargas - Supervisores Designados	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se socializo nuevamente por medio de circular de Gerencia de fecha 03 de noviembre el cumplimiento de la resolución 474 de 2007 del Manual de Supervisión e Interventoria, y se invita a los Supervisores y Subgerentes que hagan uso de esta herramienta para el correcto desarrollo de	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>cuenta que mediante orden de pago No.1006 de febrero 13 de 2009, se dio aprobación a la factura 0078 de 2009 por valor de \$37.048.619 de las obligaciones contraídas por el contratista para el periodo del 01 al 31 de enero de 2009, siendo que el contrato se suscribió el 08 de enero de 2009 con fecha de inicio a partir del 09 de enero de 2009. Aunado a esto se observa que en el contrato No.002 de 2008 en su adición y prórroga No.4 suscrita el 07 de noviembre de 2008 por dos (2) meses a partir del 08 de noviembre de 2008 y hasta el 07 de enero de 2009, para prestación de servicios médicos especialistas en Pediatría para la UCI. Lo que significa que la primera semana de enero de 2009 fue cancelada por el precitado contrato 002 de 2008, y por lo tanto el pago realizado entre 01 al 08 de enero de 2009, no debió haberse cancelado. Lo anterior</p>										<p>sus funciones y actividades. El proceso de capacitación se realizó en tres jornadas los días 02, 03 y 06 de diciembre de 2010 y la asistencia reposa en el área de contratación. La oficina de Control Interno ha realizado seguimiento de esta acción correctiva y realizó actas en la cual se evidencia el cumplimiento de esta acción correctiva en el plazo dado ante la Contraloría.</p>			



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>implica que se este reconociendo pago de obligaciones contractuales ya canceladas, las cuales si no son subsanadas acarrearía un presunto detrimento al patrimonio. Por lo tanto se constituye un presunto hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria al transgredirse lo normado en el Acuerdo 024 de fecha 05 de noviembre de 2003 ?Manual de Contratación de la Entidad?, Resolución No.474 de 2007 ?Manual de Supervisión?. Ley 734 de 2002, Tomos I y II y Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a, d y e.</p>													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION CONTRATACION	3.5.4. En la orden de prestación de servicios No. 016 de 2009, cuyo objeto es: ?Adquisición de pan?, se observa irregularidad por cuanto se está reconociendo el pago de la cuenta de cobro 001 de fecha 06 de marzo de 2009 por servicios prestados desde el 09 de diciembre de 2008 al 27 de febrero de 2009, mediante orden de pago No.1938 de fecha 30 de marzo de 2009, por valor de \$4.911.916, cuando la orden se suscribió el 23 de febrero de 2009. Lo que implica que se haya reconocido el pago de obligaciones contractuales al parecer por hechos ya cumplidos. Por lo tanto se constituye un presunto hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria al transgredirse lo normado en el Acuerdo 024 de fecha 05 de noviembre de 2003 ?Manual de Contratación de la Entidad?, Resolución No.474 de 2007	Capacitar respecto de las funciones de los supervisores en torno a la Resolución No. 474 de 2007.y las reformas que se realicen a la misma..	100% de los supervisores capacitados.	Al 31 de diciembre haber capacitado a el 100% de los supervisores de contratos y ordenes.	Juridica - Contratación - Supervisores Designados	Betty Pulido Buitrago - Nury del Pilar Vera Vargas - Supervisores Designados	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se socializo nuevamente por medio de circular de Gerencia de fecha 03 de noviembre el cumplimiento de la resolución 474 de 2007 del Manual de Supervisión e Interventoria, y se invita a los Supervisores y Subgerentes que hagan uso de esta herramienta para el correcto desarrollo de sus funciones y actividades. El proceso de capacitación se realizo en tres jornadas los días 02 , 03 y 06 de diciembre de 2010 y la asistencia reposa en el área de contratación. La oficina de Control Interno ha realizado seguimiento de esta acción correctiva y realizo actas en la cual se evidencia el cumplimiento de esta acción correctiva en el plazo dado ante la Contraloría.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		?Manual de Supervisión?. Ley 734 de 2002, Tomos I y II y Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a, d y e.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION AN LA CONTRATACION	3.5.5. Del contrato No. 048 de 2009, cuyo objeto es: "Apoyar a la Secretaría Distrital de Salud ? Dirección Centro Regulador de Urgencias en la prestación del servicio de salud de atención de la línea telefónica de emergencias, el área reguladora de electivas, línea hospitalaria, línea de salud mental y otras líneas telefónicas del CRUE?", se observó irregularidad de gestión, control y seguimiento en la ejecución del contrato por parte de la supervisión, teniendo en cuenta que se está avalando el cumplimiento del contrato, sin la presentación de informes que permitan verificar la ejecución del mismo, más aun cuando se manifiesta que no reposan informes al respecto en la carpeta del contrato ni en la Subdirección de Servicios de Salud, como quedó consignado en Acta Administrativa de Vista Fiscal del 09 de abril de 2009. Lo que	Capacitar respecto de las funciones de los supervisores en torno a la Resolución 474 de 2007, las reformas que se realicen a la misma y ajustar formato para la presentación de informes de supervisión.	100% de Supervisores capacitados y de formatos ajustados.	Al 31 de diciembre haber capacitado a los supervisores de contratos, ordenes y haber ajustado los formatos para presentación de informes.	Jurídica - Contratación - Supervisores Designados	Betty Pulido Buitrago - Nury del Pilar Vera Vargas - Supervisores Designados	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se socializo nuevamente por medio de circular de Gerencia de fecha 03 de noviembre el cumplimiento de la resolución 474 de 2007 del Manual de Supervisión e Interventoría, y se invita a los Supervisores y Subgerentes que hagan uso de esta herramienta para el correcto desarrollo de sus funciones y actividades. El proceso de capacitación se realizó en tres jornadas los días 02, 03 y 06 de diciembre y el acta de asistencia reposa en el área de contratación. Los formatos están pendientes de los ajustes respectivo ya que cada área harán sus ajustes de acuerdo a sus necesidades, para esto el área de contratación enviara memorando a cada área para que hagan los ajustes necesarios con un plazo máximo de entrega hasta el 27 de diciembre de 2010, para su legalización	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO ENTIDAD	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>implica que se haya reconociendo el pago de obligaciones contractuales por parte del Hospital, sin contar con una adecuada gestión de supervisión. Por lo tanto se constituye un presunto hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria al transgredirse lo normado en el Acuerdo 024 de fecha 05 de noviembre de 2003 ?Manual de Contratación de la Entidad?, Resolución No.474 de 2007 ?Manual de Supervisión?. Ley 734 de 2002, Tomos I y II y Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a, d y e.</p>											<p>con el area de Calidad.</p>		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BANCOSOCIAL	3.6.1.1 Con respecto al objetivo estratégico ?Lograr la sostenibilidad financiera de la institución?, no se observa validación de los componentes informados en el Plan de Acción de la Subgerencia Financiera. El cumplimiento de las metas adolece de indicadores con hoja de vida y/o ficha técnica y no se encuentran soportados en cifras ciertas. El ente auditado no cuenta con un sistema de información confiable. No hay seguimiento real ni oportuno de la mayoría de las metas establecidas en el Plan de Acción, incidiendo negativamente en el Plan de Desarrollo. Lo anterior incide en la veracidad de la información reportada y en el porcentaje de cumplimiento informado en el Plan de Desarrollo, lo que genera desinformación a la administración y a terceros, afectando la calidad de los controles y la planificación, no	Establecer e implementar las hojas de vida y el análisis de los indicadores de la subgerencia financiera	Total indicadores con hojas de vida y análisis / total indicadores de la Subgerencia Financiera	El 100% de los indicadores de la subgerencia financiera con hojas de vida, análisis y seguimiento.	Planeación y Todas las áreas que conforman la Subgerencia Financiera	Martha Liliana Cruz Bermudez - Luz Myriam Roncancio - Patricia Carreño - Geovany Beltran - Esperanza Zambrano - Maria Isabel Bello	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	La subgerencia financiera viene cumpliendo con las hojas de vida y con el análisis de los indicadores al área de planeación. Los soportes se encuentran en el área de Planeación.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		siendo acorde con los planteamientos de la Constitución Política de Colombia, art 339 al 342, Ley 152 de 1994, art 342, Ley 190 de 1995 y Acuerdo No 016 del 2008 de la Junta Directiva del Hospital de Occidente de Kennedy.													
VIGENCIA 2009	oo	oo	Realizar seguimiento, verificación y control de los indicadores de la Subgerencia Financiera	Total de indicadores con seguimiento, verificación y control / Total de indicadores de la subgerencia Financiera	El 100% de los indicadores de la subgerencia financiera con seguimiento, verificación y control.	Planeación y Todas las áreas que conforman la Subgerencia Financiera	Martha Liliana Cruz Bermudez - Luz Myriam Roncancio - Patricia Carreño - Geovany Beltrán - Esperanza Zambrano - Maria Isabel Bello	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	La subgerencia financiera viene cumpliendo con las hojas de vida y con el análisis de los indicadores al área de planeación. Los soportes se encuentran en el área de Planeación.		



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO SOCIAL	3.6.1.2 El hospital tiene establecido un Plan Operativo Anual por Áreas funcionales que soporta los Planes de Acción, sin embargo algunas dependencias están incumpliendo con el reporte del mismo, lo cual evidencia falencias en la planeación institucional. Con lo anterior se transgrede los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993 y la política Institucional de Planeación Estratégica.	Suscribir compromisos con todas las áreas y/o servicios en donde se establezca la política de planeación, se elabore el POA de las áreas y/o servicios y el seguimiento bimensual por parte de la oficina de planeación.	No de áreas y/o servicios con POA elaborados y con seguimiento periodico / total áreas y/o servicios que conforman la institución	El 100% de los procesos de la institución con POAs establecidos y con seguimiento.	Todas las áreas que componen e las Subgerencias y Oficinas Asesoras de la Institución	Sandra Liliana Salamanca -Milton Hernandez Ariza - Mónica María Moreno Bareño - Martha Cruz Bermudez - Sandra Moreno Britto - Bety Pulido Buitrago - Nicolas Cuesta - Manuel Matamoros Zambrano	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se verifica que todas las dependencias han presentado el POA al área de Planeación y que esta a su vez ha realizado los seguimientos bimensuales los cuales reposan en el archivo de la Oficina de Planeacion.	1.7	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.3 El hospital celebra el Convenio Interadministrativo de cooperación suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital Occidente de Kennedy No. 1121 del 28 de agosto de 2009 para aunar esfuerzo para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para la ejecución del proyecto de inversión denominado ?actualización, adquisición de equipos y elementos de dotación general para las instalaciones del hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención? por valor de \$4.174.4 millones. Se establece en la cláusula SEGUNDA - OBLIGACIONES DE LA ESE, Numeral 12) ?Abrir una cuenta única para el manejo de los recursos del convenio, no hacer unidad de caja y mantener contabilidad separada de los recursos destinados para este fin? y en el Numeral 13) ?Solicitar a la SDS-FFDS	Dar cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los convenios interistitucionales suscritos por la institución	No. De convenios interistitucionales cumpliendo con las obligaciones contractuales / total convenios	El 100% de los convenios interistitucionales cumpliendo con lo establecido en la cláusula de obligaciones.	Subgerencias y Oficinas Asesoras que sean Supervisores de Convenios	Sandra Liliana Salamanca -Milton Hernandez Ariza - Mónica Maria Moreno Bareño - Martha Cruz Bermudez - Sandra Moreno Britto - Bety Pulido Buitrago - Nicolas Cuesta - Manuel Matamoros Zambrano	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se realiza el seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de los convenios suscritos por el HOK, por parte de la oficina Jurídica, Planeación y demás áreas que interactúan como supervisores de los convenios.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		autorización de la destinación de los rendimientos financieros generados por los recursos del convenio?. El hospital incumple la cláusula relacionada en el Numeral 12, al retirar los recursos de la cuenta específica donde fueron consignados, trasladándolos a otra cuenta para realizar pagos diferentes al objeto del convenio, haciendo con esto unidad de caja. Se constituye así un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento contractual del convenio 1121 y lo contemplado en la ley 734, tomos I y II.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DESARROLLO Y BALSOCIAL	3.6.1.4 La entidad lleva registro de las horas trabajadas para consulta externa y con base a ello calcula el rendimiento, sin embargo, no se dispone de un porcentaje para capacitación. Tampoco se establece la productividad del recurso humano con base a las horas contratadas. Por otra parte, no se lleva la información independiente para el personal de planta y de contrato de prestación de servicios. Lo anterior, son elementos necesarios para la proyección y evaluación de la producción, inversión y contratación del hospital, además de ser requerimientos de acreditación, incumpliendo los Art. 2, 4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	Implementar matriz de seguimiento a la capacidad instalada del recurso humano que presta servicios en Consulta Externa	No. De servicios de Consulta Externa reportando la matriz y realizando seguimiento a la misma / Total de servicios de Consulta Externa	El 100% de servicios de consulta externa realizando seguimiento al recurso humano de sus áreas.	Subgerencia de Prestación de Servicios - Consulta Externa - Planeación	Sandra Salamanca Figueroa - Ana Rincon - Martha Cruz Bermudez	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	La Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud y la Oficina de Planeacion implementaron la matriz de seguimiento a la capacidad instalada de recurso humano que presta los servicios de Consulta Externa de la Institución.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BANCOSOCIAL	3.6.1.5 Para el manejo de los medicamentos ambulatorios no existe un indicador confiable de oportunidad de entrega de medicamentos pendientes ni demanda insatisfecha, teniendo evidencia de que no se cumple con el 100% de la entrega, ni en su totalidad, ni con oportunidad. Al faltar estos indicadores se carece de elementos suficientes para hacer seguimiento a la oportunidad y calidad en la prestación del servicio. Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4, 8 de la ley 87 de 1993, y el Decreto 1599 componente 2 Subsistema de control de gestión.	Implementar los indicadores de demanda insatisfecha y oportunidad de entrega de medicamentos, y oportunidad de entrega de medicamentos pendientes del servicio de farmacia ambulatoria con su respectivo seguimiento	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS: Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha de solicitud del medicamento en la farmacia y la fecha de entrega / No. De medicamentos entregados y el de DEMANDA INSATISFECHA: No. De medicamentos entregados /No. de medicamentos formulados	Lograr una oportunidad en la entrega de medicamentos ambulatorios y medicamentos pendientes por entregar en el servicio de farmacia ambulatoria, del 85% y una demanda insatisfecha del 5%	Subgerencia Administrativa - Subgerencia de Prestación de Servicio - Farmacia	Milton Hernandez Ariza - Sandra Liliana Salamanca Figueroa - Luz Dary Teran	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	El área de Farmacia implemento los indicadores de demanda insatisfecha de oportunidad de entrega de medicamentos y de oportunidad de entrega de medicamentos pendientes del servicio de farmacia ambulatoria, cumpliendo con la normatividad vigente, para lo cual ha establecidos horarios y sedes de despachos que garantizan el despacho de estos medicamentos.	1	A



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.2.1 El hospital presenta para cada problemática un valor aproximado de la inversión, sin embargo, no se describe ni se detalla cómo se obtiene este presupuesto, lo que implica que la información no es susceptible de verificación a fin de determinar que actividades afectan la ejecución de dichos gastos y por ende su rentabilidad social y financiera. Lo anterior, en contravención de lo establecido en la Resolución No 001 de 2007 de la Contraloría de Bogotá, documento CBN-1103 Balance Social.	Detallar el presupuesto y giros requeridos en la ejecución de las acciones tendientes a la solución de la problemática planteada en el Balance Social.	Presupuesto detallado con giros en el Balance Social / Total presupuestado	El 100% del presupuesto establecido en el Balance Social detallado y con giros	Subgerencia Financiera, Subgerencia de Servicios y Oficina de Planeación	Martha Cruz Bermudez - Esperanza Zambrano - Sandra Salamanca Figueroa	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	El Hospital con base en los diferentes informes financieros inclusive el de costos refleja todas las erogaciones cuantifican el Balance Social, situación reportada por el área de Planeación.	1	A
VIGENCIA 2009	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.3.1 El hospital celebra el Convenio Interadministrativo de desempeño suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital Occidente de Kennedy No. 649 del 27 de junio de 2007 para cooperar de manera conjunta entre el Fondo y la ESE, para la contratación de los diseños técnicos	Dar cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los convenios interinstitucionales suscritos por la institución	No. De convenios interinstitucionales cumpliendo con las obligaciones contractuales/total convenios	El 100% de los convenios interinstitucionales cumpliendo con lo establecido en la cláusula de obligaciones.	Subgerencias y Oficina de Planeación	Sandra Liliana Salamanca -Milton Hernandez Ariza - Mónica María Moreno Bareño - Martha Cruz Bermudez -	Presupuesto 2010	30/06/2010	30/06/2011	1	0.50	Se realiza el seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de los convenios suscritos por el HOK, por parte de la oficina Jurídica, Planeación y demás áreas que interactúan como supervisores de los convenios.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>específicos y su aprobación, consecución de las licencias, permisos, estudios del plan de regularización y manejo, que incluya los estudios de tránsito, movilidad y ambiental para el reforzamiento estructural del hospital Occidente de Kennedy por valor de \$627.2 millones y adición por \$490.6 millones, para un total de \$1.117.8 millones. Se establece en la cláusula SEGUNDA - OBLIGACIONES DE LA ESE, Numeral 4) ?Garantizar que los recursos sean destinados para el cumplimiento del objeto?. 5) Acreditar la incorporación en el presupuesto de la ESE los recursos provenientes del Fondo Financiero Distrital de Salud por intermedio del convenio, mediante los documentos idóneos, 6) Manejar de manera independiente, centralizada y segura, los documentos relacionados con los aspectos jurídicos,</p>					Sandra Moreno Britto - Bety Pulido Buitrago - Nicolas Cuesta - Manuel Matamoros Zambrano								



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		contables y administrativos que se generen en desarrollo del convenio. 7) No hacer unidad de caja y mantener contabilidad separada de los recursos objeto del convenio?. El hospital incumple la cláusula relacionada en el Numeral 12, al retirar los recursos de la cuenta específica donde fueron consignados, trasladándolos a otra cuenta para realizar pagos diferentes al objeto del convenio, haciendo con esta unidad de caja. Se constituye así un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento contractual del convenio 649.													

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.1.1 Siendo estos los valores definitivos corregidos, se observa que concuerdan los valores en pesos suministrados por el Hospital tanto en lo reportado en SIVICOF como las bases de datos consolidadas en la oficina ambiental Área de Calidad, pero el consumo en metros cúbicos difiere totalmente, siendo estos dos tipos de información creados y suministrados por el Hospital; y la base de datos asiento para el reporte en SIVICOF no entiende este ente de control por que se presentan estas diferencias, originando falta de confiabilidad en la información transgrediendo lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el parágrafo 1 del artículo 9 de la Resolución Reglamentaria 034 de 2009.	Establecer el correcto reporte de los informes enviados al SIVICOF, entre el area de mantenimiento y gestion ambiental	informes enviados/validacion de informes*100	A 31 de diciembre de 2010	Oficina de mantenimiento y Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenimiento, Luis Francisco Melo - Gestion Ambiental	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Los informes se están reportando al SIVICOF, conforme a lo ordenado en el formato para tal fin por parte de Gestión Ambiental y mantenimiento, información que reporta el área de Planeación.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.1.2 La falta de control oportuno por parte de la Entidad trajo como consecuencia en la facturación del periodo comprendido entre el 24 de Mayo al 23 de Junio de 2009 que pasara de un consumo que oscilaba entre 4.146 m3 y 4.964 m3 a 726 m3, cuando el hospital presto sus servicios normalmente y luego se incrementó superando los promedios normales llegando en los periodos de 24 de julio al 21 de agosto de 2009 a un consumo de 11.556 m3 y de 22 Agosto al 22 de Septiembre 2009 con un consumo de 10.011 m3, situación que se corrobora con el oficio S-9-283470200 de fecha 1 de septiembre de 2009 de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, observación ya evidenciada por la Contraloría de Bogotá, en la auditoria correspondiente a la vigencia de 2008. Transgrediendo lo normado en los literales e) y f) del	Establecer con la empresa de acueducto seguimiento al mantenimiento de los contadores electronicos de agua a fin de evitar aumentos en la facturacion	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Mantenimiento	Carlos Rios	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se esta realizando el mantenimiento de los contadores electrónicos por parte de la Empresa de acueducto con el acompañamiento del área de Mantenimiento y Gestión Ambiental.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		artículo 2 de la Ley 87 de 1993.													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.1.3 El valor ejecutado presupuestamente a diciembre 31 de 2008 en el rubro de servicios públicos de acueductos es por valor de \$298.4 millones y el valor reportado en SIVICOF es de \$295.2 millones presentándose una diferencia de \$3.2 millones mayor valor en la ejecución presupuestal. Igualmente se observa que no se incluye en el valor de consumo de acueducto de todas las sedes del hospital como es el caso de la Unidad Especializada de Fármaco Dependencia Ubicada en la calle 37 D No. 68 H ? 50 sur, oficina calle 93 etc., situación que genera que la información no sea confiable transgrediendo lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	Establecer el correcto reporte de los informes enviados al SIVICOF, incluyendo los consumos de San Andresito, Calle 93 y U.N.E.F, entre el area de mantenimiento y gestion ambiental	informes enviados/validacion de informes*100	A 31 de diciembre de 2010	Oficina de mantenimiento y Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenimiento, Luis Francisco Melo - Gestion Ambiental	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se revisa permanentemente por parte del Referente de Gestión Ambiental los recibos de agua, luz, teléfono y gas en las áreas de mantenimiento y gestión ambiental para el correcto reporte al SIVICOF, el cual se esta reportando anualmente como lo determina la normatividad vigente. La Oficina de Control Interno ha realizado la verificación respectiva de esta información.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.1.4 No obstante en el numeral 5 del documento PIGA, Formulación del Plan, no se adoptó como subprograma. Igualmente se evidencia que se tiene Formulado el PIGA pero este no ha sido concertado con la Secretaria Distrital de Ambiente. A pesar de lo anterior, se verificaron acciones efectuadas por el Hospital en el manejo del recurso hídrico, como el de cerrar el registro cuando se presenta una fuga incontrolada. Por otra parte no se brinda capacitación a los usuarios en el buen uso de este recurso y no se evidencia en los baños públicos y de las habitaciones, campañas que incentiven el ahorro de agua. Transgrediendo el numeral 3 del artículo 13 del Decreto 456 de 2008.	Incluir el Programa de ahorro y uso eficiente del agua en el PIGA Realizar capacitacion a usuarios en ahorro del agua Ubicar en los diferentes baños de la institucion los incentivos al uso eficiente y ahorro del agua	Certificacion de Concertacion	A 31 de diciembre de 2010	Gestion Ambiental	Luis Francisco Melo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	El área de Medio Ambiente del HOK, incluyo el programa de ahorro y uso eficiente del agua en el PIGA versión 2010, y gestiono la compra de los incentivos de uso racional de agua, los cuales se colocaron en cada baño de la institución como de las sedes del HOK, también se viene realizando las capacitaciones a usuarios y colaboradores del hospital por los diferentes medios con que cuenta el HOK., en la importancia del ahorro del agua. La Oficina de Control Interno ha realizado los seguimientos respectivos a la acción correctiva.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONS ABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCI ON	(36) RECUR SOS	(40) FEC HA DE INICI O	(44) FECH A DE TERMI NACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADO R SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCIO N DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLI MIENTO - SEGUIM IENTO CONTR ALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULA DA
VIGEN CIA 2009	GES TION AMBI ENTAL	3.7.1.5 En el Sub. Programa de Gestión y Manejo de Vertimientos numeral 5.8 del PIGA se plantea como una de sus metas la obtención del permiso de vertimientos para la vigencia 2010, y una de las acciones construcción de las cajas de aforo internas. a la fecha solo se han realizado la construcción de 4 cajas de 10 proyectadas lo que genera incumplir con los requisitos para la solicitud de vertimientos de la entidad establecido en el artículo 5 del capítulo II de la Resolución 3956 de 19 de junio de 2009.	Gestionar el permiso de vertimientos para la institucion. Construir las cajas de aforo para la toma de muestras de la institucion respecto a vertimientos	Acciones programadas/Acci onees realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Oficina de mantenimi ento y Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenim iento,Luis Francisco Melo - Gestion Ambienta l, Milton Hernande z Ariza- Subgeren te Administr ativo	Asignad os en el presupu esto	30/0 6/20 10	31/01/ 2011	1	0.80	La solicitud del permiso de vertimientos se radico el día 30 de septiembre de 2010 an te la Secretaria de Medio Ambiente, a la fecha la Secretaria de Ambiente no ha programado la visita respectiva. En cuanto las cajas e aforo se determina que como se realizara un reforzamiento estructural y ampliación de los servicios de Urgencias y Consulta Externa, no se amerita la construcción de las cajas restantes.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.2.1 El valor reportado en SIVICOF es de \$368.8 millones al cruzar con el total del cuadro anterior se presenta una diferencia de \$32.6 entre el valor de los recibos y el reporte ante la Contraloría de Bogotá, el valor presupuestado por la entidad es de \$409´1 millones el cual difiere de los dos anteriores; originando inconsistencias en la información incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el parágrafo 1 del artículo 9 de la Resolución Reglamentaria 034 de 2009.	Establecer el correcto reporte de los informes enviados al SIVICOF, entre el area de mantenimiento y gestion ambiental	informes enviados/validacion de informes*100	A 31 de diciembre de 2010	Oficina de mantenimiento y Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenimiento, Luis Francisco Melo - Gestion Ambiental	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se están revisando por parte del referente ambiental y el área de mantenimiento los recibos de agua, luz, teléfono y gas de todas las áreas del hospital, como las de la sede de Floralia, Calle 93 y San Andresito garantizando el correcto reporte de los informes al SIVICOF.	2	C
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.2.2 En el servicio de energía solo se incluyo lo correspondiente a la sede del hospital, sin tener en cuenta las demás propiedades (inmuebles) del Hospital, no se suministraron los recibos correspondiente a los predios registrados en los estados contables del hospital en la cuenta de propiedad planta y equipo como es el caso	Incluir en el reporte de informes SIVICOF la facturación de la Sede Floralia, calle 93 y San Andresito a fin de tener un reporte claro	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenimiento	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se incluyo la facturación de las sedes de Floralia, calle 93 y San Andresito en los informes reportados al SIVICOF	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		de la Oficina calle 93, Lote San Andresito, Floralia (Unidad Especializada de Fármaco dependencia) calle 37 D No. 68H ? 50 sur y la oficina 104 primer piso edificio los Cafeteros, carrera 9 -11 ciudad de Chinchiná ? Caldas. Caso presentado igualmente con el recurso hídrico, situación que genera que la información no sea confiable transgrediendo lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993					iento,Luis Francisco Melo - Gestion Ambiental								
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.3.1 Se evaluaron los formatos RH1 correspondientes al mes de noviembre y diciembre de 2009, en los cuales se observa enmendaduras, tachones y alteración de los números contenidos en este informe lo cual genera que la información no es veraz y confiable.	Realizar seguimiento al reporte de los Formatos RH-1, con el fin de evitar inconsistencias en su formulacion	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Gestion Ambiental, Servicios Generales	luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se verifica que el área de gestión ambiental fomenta y capacita al personal de servicios generales en el correcto diligenciamiento del formato RH-1, además alimenta la base de datos de indicadores ambientales permanentemente. La Oficina de control Interno ha realizado los seguimientos respectivos del cumplimiento de estas acciones correctivas.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.3.2 Se instaló la tapa de la nevera de residuos anatomopatológicos, pero se detectó que no conserva adecuadamente la cadena de frío, por tanto se presentan derrames de líquidos o fluidos corporales lo puede originar riesgos biológicos (Anexo 4.4 fotos Nos. 1, 2, 3, 4 y 29), incumpliendo la Resolución 1164 de 2002 y los artículos 2, 3, 5 y 9 de la Resolución 3957 de 19 de junio de 2009	Seguimiento al manejo de la nevera de residuos anatomopatológicos, e implementación de aseo y desinfección de esta área. Implementación del termómetro para el seguimiento de control de temperatura. Rotación de residuos anatomopatológicos en la nevera Ubicación de chapa en el depósito final de residuos hospitalarios	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Gestión Ambiental, Servicios Generales	Luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	La nevera cuenta con el seguimiento respectivo de cadena de frío, a demás se coloco el termómetro requerido. Se esta realizando el aseo y desinfección del depósito central periódicamente. Se coloco la chapa de la puerta del depósito final de residuos.La Oficina de control Interno ha realizado los seguimientos respectivos del cumplimiento de estas acciones correctivas.	2	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.4.1 Se evidenció que la ruta de evacuación establece 3 salidas en el caso de emergencias (escaleras), la primera central, detrás de los ascensores y otras dos, una a cada costado del edificio del Hospital pero al verificar con la señalización solamente se estableció como salida de emergencia las escaleras ubicada en la parte central del edificio, (Anexo 4.4 fotos Nos 11 a 13 y 20 a 22), igualmente las puertas de las escaleras están cerradas por seguridad para que no se fugen los pacientes pero, no se tiene un control efectivo sobre las llaves al indagar para que saber quien es el responsable en el momento de una emergencia de abrir las puertas se manifestó que las llaves las tenían los vigilantes, los cuales manifestaron que no sabían al respecto se indago con la jefe de piso la cual tampoco tenía conocimiento sobre las llaves.	las llaves de las escaleras de evacuacion seran dispuestas en los stand de enfermeria, vigilante de piso y coordinacion de vigilancia a fin de evitar la perdida de estas llaves en caso de emergencia Referenciacion de los responsables de las llaves en el servicio Ubicacion de las flechas de ruta de emergencias en casos de desastres.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Oficina de mantenimiento y Gestion Ambiental	Sandra Stella Moreno Brito - Jefe Oficina de Calidad y atención al usuario, Carlos Rios - Mantenimiento, Luis Francisco Melo - Gestion Ambiental, Milton Hernandez Ariza-Subgerente Administrativo, Comité de Emergencias	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Las copias de la llaves de las escaleras de evacuación se colocaron en los stand de Enfermería de cada piso, y se entrego copia de las mismas al supervisor de la Empresa de Vigilancia y se realizo las respectivas señalización de la ruta de evacuación. La Oficina de control Interno ha realizado los seguimientos respectivos del cumplimiento de estas acciones correctivas.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.4.2 En visita realizada al área destinada para el lavado de los elementos de aseo, se evidenció que en estos mismos espacios, se almacenan los guardianes en conjunto con otros elementos utilizados en labores propias del servicio, los cuales no cumplen con las condiciones de almacenamiento (inactivación, sellamiento y marcación) lo que generaría, riesgo para el personal de servicios generales. Lo anterior se presenta por la inadecuada manipulación y disposición de estos elementos, como también por la falta de control del supervisor contraviniendo lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 1164 de 2002 y los artículos 2, 3, 5 y 9 de la Resolución 3957 de 19 de junio de 2009, (Anexo 4.4 foto No. 19).	implementacion de repisas plasticas para la colocacion de los implementos de aseo en las pocetas, asi mismo seguimiento al contrato por parte del supervisor con incentivos al personal operativo	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Gestion Ambiental, Servicios Generales	luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Las repisas se colocaron en las posetas respectivas, El supervisor del contrato esta haciendo el seguimiento al personal operativo.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	GESTION AMBIENTAL	3.7.4.3 Cerca al laboratorio de urgencias, se observa un cuarto demarcado como poseta, el cual esta siendo utilizado para almacenar en forma temporal los residuos generados por el hospital. Por otra parte, los residuos allí almacenados, no se depositan en las canecas respectivas, toda vez que no han sido ubicadas en este depósito, lo que ocasiona que las bolsas con residuos se deban disponer directamente en el piso. Por último, la puerta de acceso se encuentra manchada con residuos corporales. Incumpliendo lo normado en la Resolución 1164 de 2002 emana por el Ministerio de la Protección Social lo anterior incumpliendo lo normado	El cuarto encontrado cerca de laboraorio será sellado para residuos hospitalarios, este será dispuesto para el lavado de implementos de aseo, quien ubique allí residuos acarreará con sanciones internas.	Acciones programadas/Acciones realizadas*100	A 31 de diciembre de 2010	Gestion Ambiental, Servicios Generales	luis Francisco Melo, Stewart Cruz Fajardo	Asignados en el presupuesto	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se verifica que se encuentra sellado este cuarto con llave, y que esta solo la tiene la coordinadora de aseo del hospital.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
VIGENCIA 2009	Acciones Ciudadanas	3.8.1 Producto de una queja interpuesta por la señora Flor Esperanza Piracoca Quemba, identificada con CC 24.069.716, en calidad de enfermera Jefe del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención, se estableció que la entidad no le canceló por concepto de vacaciones en el mes de diciembre de 2009, la totalidad de la liquidación para este concepto, no obstante que en el desprendible de pago sí se describía el pago total liquidado a la funcionaria antes mencionada. El valor que le fue dejado de pagar de manera oportuna fue de \$2.105.509, el cual le fueron consignados por el Hospital en el mes de enero de la presente vigencia, situación que causó perjuicios de tipo económicos a la funcionaria, al no disponer de los recursos suficientes para el cumplimiento de sus obligaciones personales y comerciales. Una vez se tuvo conocimiento de	Pago de las prima de vacaciones dentro de los términos legales.	Prima de vacaciones pagadas dentro de términos legales / Prima de vacaciones programadas por pagar	100% de pagos en primas vacacionales	Subgerencia Administrativa - Gestión Humana	Milton Hernández Ariza - Mauricio	Presupuesto 2010	30/06/2010	31/01/2011	1	0.80	Se le pagaron dentro de los términos legales a los 292 servidores que salieron de vacaciones sus primas correspondientes.	2	C



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		<p>dicha queja, mediante oficio No. 100100-40415, del 01 de marzo de 2010, se solicitó a la Oficina de Gestión Humana del Hospital, se dieran las explicaciones del caso y se remitieran los documentos que soportaran el pago faltante a la funcionaria. Ante esto, el responsable de la Oficina mediante oficio fechado el 4 de marzo de 2010, manifestó que ?? el pago de la prima de vacaciones de la funcionaria en mención no se realizó en el mes de diciembre del año inmediatamente anterior, debido a que en el momento de la liquidación de nomina no se contaba con saldo presupuestal en el rubro de prima de vacaciones??. No obstante el hospital haya pagado a la funcionaria antes mencionada los dineros que le fueron descontados en el mes de diciembre por prima de vacaciones, se establece un incumplimiento por parte del Hospital Occidente</p>													



CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		de Kennedy III Nivel de Atención, al Artículo 18º.- Del pago de las vacaciones que se disfruten, del Decreto 1045 del 17 de junio de 1978, que a la letra dice: ?El valor correspondiente a las vacaciones que se disfruten será pagado, en su cuantía total, por lo menos con cinco (5) días de antelación a la fecha señalada para iniciar el goce del descanso remunerado. (Resaltado fuera de texto). De igual forma se evidencia un incumplimiento del artículo 2º. ?Objetivos del Sistema de Control Interno?, de la Ley 87 de 1993.													