



**CONTRALORÍA**  
DE BOGOTÁ, D.C.

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

**HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL DE ATENCION ESE**

**PERÍODO AUDITADO VIGENCIA 2011**

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2012  
CICLO I**

**DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL**

**MAYO DE 2012**

**AUDITORÍA INTEGRAL AL  
HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL DE ATENCION ESE**

Contralor de Bogotá

Diego Ardila Medina

Contralor Auxiliar

Ligia Inés Botero Mejía

Director Sectorial

Luís Alfredo Carballo Gutiérrez

Subdirector Fiscalización Salud

Nathanael Kennedy Machado Núñez

Asesora

Diana Gisela Gómez Pérez

Equipo de Auditoría

Yolanda Gómez Flórez – Líder  
Aurora Lucía Sánchez Zambrano  
Ana Matilde Soledad Cabrera  
Nora Fernández Sarmiento  
Yazmín Milena Monroy Martínez  
Claudia Esperanza Silva Cordero  
Roberto Jiménez Rodríguez

## CONTENIDO

<b>1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL .....</b>	<b>4</b>
<b>2 ANÁLISIS SECTORIAL.....</b>	<b>11</b>
<b>3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>3.6 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL.....</b>	<b>63</b>
3.6.1 Evaluación Plan de Desarrollo.....	46
3.6.2 Evaluación Balance Social .....	77
<b>3.7 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL .....</b>	<b>78</b>
<b>3.8 EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS .....</b>	<b>92</b>
<b>3.9 SEGUIMIENTO A LOS PRONUNCIAMIENTOS Y CONTROLES DE ADVERTENCIA. ....</b>	<b>94</b>
<b>3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTA.....</b>	<b>95</b>
<b>4 ANEXOS .....</b>	<b>96</b>
<b>4.1 HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS .....</b>	<b>96</b>
<b>4.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO.....</b>	<b>97</b>



## **1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL**



Doctor

**EDUARDO ALBERTO OLIVAR QUINTERO**

Presidente Junta Directiva

Doctora

**HUGO ARMANDO MENDEZ AREVALO**

Gerente

Hospital Santa Clara III Nivel de Atención 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 Santa Clara III NA 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 2011 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2011 (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, la evaluación del Sistema de Control Interno y el cumplimiento al plan de mejoramiento.

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	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
PLAN DE DESARROLLO Y/O PLAN ESTRATEGICO	1. Concordancia de los proyectos de inversión con la información de fichas de Estadísticas Básicas de Inversión - EBI-D.	67	3	2
	2. Concordancia entre los objetivos de los proyectos de inversión, las metas y las actividades con los objetos de los contratos suscritos para su ejecución.	75	4	3
	3. Nivel de cumplimiento presupuestal por proyectos de inversión y metas. De acuerdo a lo programado para la vigencia en estudio.	80	5	4
	4. Nivel de cumplimiento físico de las metas de los proyectos de inversión. De acuerdo a lo programado en la vigencia en estudio.	80	5	4
	5. Consistencia de la magnitud de las metas inicialmente programadas versus la magnitud reprogramada en la vigencia evaluada y la relación con la asignación presupuestal.	67	3	2
<b>SUBTOTAL</b>			<b>20</b>	<b>15</b>
BALANCE SOCIAL	1. Cumplimiento de la metodología vigente para presentación del Balance Social en forma y contenido.	100	3	3
	2. Identificación clara y concreta de cada uno de los problemas sociales presentados con sus causas y efectos.	75	4	3
	3. Establecimiento de los instrumentos formulados para la atención de los problemas sociales.	67	3	2
	4. Identificación de las unidades de focalización en población u otras unidades de medida.	67	3	2
	5. Determinación de la población o unidades de medida atendidas en la vigencia.	67	3	2
	6. Determinación de la población u otras unidades de medida sin atender en la vigencia.	67	3	2
	7. Establecimiento de los cambios en los problemas sociales.	67	3	2
	8. Diagnostico del problema al final de la vigencia.	67	3	2
<b>SUBTOTAL</b>			<b>25</b>	<b>18</b>
CONTRATACION	1. Cumplimiento de las etapas pre-contractual, contractual y post-contractual.	78	5	7
	2. Cumplimiento de las normas, principios y procedimientos contractuales.	75	5	4,5
	3. Relación de la contratación con el objeto misional.	100	2	2
	4. Informes y labores de interventoría y supervisión.	33	3	1
<b>SUBTOTAL</b>			<b>20</b>	<b>14</b>
PRESUPUESTO	1. Cierre presupuestal.	100	2	2
	2. Modificaciones presupuestales presentadas, tales como: créditos, contra créditos, suspensiones, adiciones, etc.	100	2	2

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	3. Cumplimiento normativo en la ejecución de presupuesto de gastos e inversión.	100	1	1
	4. Análisis a las autorizaciones de giro.	50	2	2
	5. Revisión de la ejecución de la reserva presupuestal y/o cuentas por pagar de la vigencia anterior y el manejo dado a los pasivos exigibles.	50	2	1
	6. Planeación del sujeto de control para la ejecución del presupuesto.	50	3	1
	7. Grado de cumplimiento y análisis de resultados del PMR.	100	1	1
	8. Análisis del portafolio de inversiones.	NA	NA	NA
	9. Manejo de la deuda.	NA	NA	NA
<b>SUBTOTAL</b>			<b>13</b>	<b>10</b>
GESTION AMBIENTAL	1. Cumplimiento de Proyectos del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental – PACA en el marco del Plan de Gestión Ambiental Distrital – PIGA.	71	5	3,5
	2. Cumplimiento de Planes Institucionales de Gestión Ambiental – PIGA's.	71	5	3,5
<b>SUBTOTAL</b>			<b>10</b>	<b>7</b>
CONTROL INTERNO	1. Evaluación y cumplimiento del MECI.	76	2,5	1,9
	2. Evaluación y cumplimiento del SGC.	76	2,5	1,9
	3. Revisión y análisis al informe de control interno del sujeto de control.	80	2,5	2
	4. Cumplimiento al Plan de Mejoramiento.	100	2,5	2,5
<b>SUBTOTAL</b>			<b>10</b>	<b>8,3</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100</b>	<b>73,3</b>

### Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

Como resultado de la auditoria adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C. Conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2011, es favorable con observaciones fundamentada en lo siguiente:

El modelo del sistema de control interno, busca alcanzar la sostenibilidad y mejoramiento a través del tiempo, a pesar de que la alta dirección del Hospital adoptó comportamientos y disciplinas, estas no han obtenido el mejor resultado que permitiera el mejoramiento continuo en cada uno de los elementos y componentes del modelo, es así como el resultado obtenido en el desarrollo de la auditoria a la evaluación del mantenimiento del modelo, obtuvo un porcentaje del 73,1%, lo que indica que la entidad tiene un Incumplimiento Medio, generando un riesgo medio para el desarrollo de sus actividades.

De acuerdo con el análisis presupuestal llevado a cabo, se concluye que el hospital a pesar de la gestión realizada para el cobro de la cartera pendiente de pago por los servicios prestados a las diferentes EPS, IPS, Entidades particulares,



no alcanzó a cumplir la meta programada, toda vez que para el recaudo solamente logró un 70.45% y los compromisos presupuestales que de acuerdo con la proyección efectuada era del 96.64% alcanzó un 70.9%, se observa que el resultado de dicha ejecución presupuestal obtuvo un déficit de \$27.232.002.906.

Luego de efectuado el cruce de los soportes del cierre presupuestal, con el área de Presupuesto, se comprobó que no se presentaron modificaciones con relación a la información evidenciada por la Contraloría de Bogotá a 31 de diciembre de 2011. Se llevaron a cabo las pruebas documentales que deben conciliar entre las áreas de Presupuesto, Tesorería y Cartera, evidenciando que la información reportada por las tres áreas guarda concordancia, lo que conlleva a un alto nivel de confiabilidad.

En términos generales la Contratación del Hospital Santa Clara III NA ESE cumple con su misión cual es la de prestar servicios integrales de salud para contribuir al bienestar de la comunidad. No obstante se observa que existen debilidades en las etapas precontractual, contractual y postcontractual generando falencias en la ejecución, el control y seguimiento de los recursos destinados así como los principios de eficiencia, economía y efectividad en procura del objeto misional de hospital.

El resultado de la evaluación a la Contratación, fue la inobservancia del principio de planeación y debilidades en la supervisión de los acuerdos de voluntades, ocasionada en la entrega de la supervisión del punto de control al contratista bajo el entendido que el instrumento de seguimiento y control diseñado y operado por la Administración (Acta de recibo Parcial) no es suficiente para dar por cumplida las funciones del supervisor contempladas en los párrafos 3, 5, 10 y 16 del numeral 3.3 del Manual de interventoría y Supervisión.

De otra parte en el análisis y valoración de los soportes de las unidades documentales de los contratos de la muestra no obra documento físico que consigne informe de supervisión y/o interventoría realizada por quienes les fue delegada tal actividad y al indagar la ESE suministró documentos que no fueron suficientes para dar por cumplida tal actividad, poniendo en riesgo el control en la vigilancia del contrato.

Teniendo en cuenta los resultados de los indicadores de producción de la ESE, la variación negativa en algunas consultas, la capacidad instalada y factores como el riesgo de la sostenibilidad financiera, el tipo de contratación del personal que inciden en el cumplimiento de metas; permiten observar que la gestión presentó debilidades lo cual afecta los resultados de rentabilidad social en la población pobre y vulnerable de las localidades que demandan los servicios del hospital.

Revisada la información ambiental reportada por el Hospital de Santa Clara III Nivel ESE, la Contraloría por medio del aplicativo Sistema de Información Vigilancia y Control (SIVICOF) evidenció que el formato CB – 1112-1 Plan de Acción Anual Institucional, es conformado por seis programas: Uso eficiente de Agua, Uso Eficiente de Energía, Gestión Integral de Residuos, Mejoramiento de las condiciones ambientales Internas, Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Contractual y Extensión de Buenas Prácticas Ambientales encontrando las acciones para el desarrollo de cada programa.

### **Concepto sobre la evaluación y rendición de la cuenta**

La rendición de la cuenta del Hospital Santa Clara III NA ESE, reportada a la Contraloría Distrital a través del aplicativo SIVICOF, en cumplimiento de la Resolución No. 034 de diciembre 21 de 2009, fue presentada dentro de los términos prescritos en la forma y métodos establecidos en cada uno de los componentes.

### **Opinión Sobre los Estados Contables**

El hospital a diciembre 31 de 2011 presenta glosa pendiente de contestar en cuantía de \$5.962.817.119 de la cual el 54.5% tiene mas de 360 días de antigüedad equivalente a \$3.253.168.489.

En las cuentas por pagar se encuentran registrados préstamos con terceros en cuantía de \$376.423.559,51 sobrestimando las cuentas por pagar y los inventarios de la entidad por la adquisición de bienes y servicios sin el lleno de los requisitos, toda vez que la entidad no cuenta con un procedimiento formalmente establecido para realizar estos préstamos y su correspondiente registro contable.

Las observaciones encontradas que afectan la razonabilidad de dichos estados contables ascienden a \$5.962.817.119 que representan el 6.97% del activo del total de la entidad.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables, del Hospital Santa Clara 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 2011, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

### **Consolidación de Hallazgos**

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detallan en el Anexo No. 4.1 se establecieron 46 hallazgos administrativos, de los cuales 3 tienen alcance disciplinario y se trasladarán a la Personería Distrital.

### **Concepto sobre Fenecimiento**

Por el concepto favorable emitido en cuanto a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables, la Cuenta Rendida por el Hospital Santa Clara III NA ESE, correspondiente a la vigencia 2011, **se fenece**.

### **Plan de Mejoramiento**

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

El Plan de Mejoramiento debe detallar las acciones que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución, garantizando que busque eliminar la causa del hallazgo, que sea realizable, medible, contribuya a su objeto misional, propicie el buen uso de recursos públicos, el mejoramiento de la gestión institucional y atienda los principios de la gestión fiscal.

Bogotá, D. C., Mayo de 2012

**LUIS ALFREDO CARBALLO GUTIERREZ**  
Director Sector Salud e Integración Social

## **ANÁLISIS SECTORIAL**

### **POLÍTICA DE SALUD 2008-2011**

#### **2.1 CONTEXTO DE LA POLÍTICA**

El derrotero fijado por la Administración Distrital para el período 2008-2011 en materia de salud, se sustenta en la definición de una política que oriente todos sus esfuerzos a la inclusión, la garantía y la efectividad de los derechos de los más vulnerables. Se pretende profundizar la satisfacción de los derechos de los ciudadanos a través de políticas públicas sostenibles, que aseguren la continuidad en el futuro de la orientación social del gobierno distrital.

Formulado el plan de desarrollo para este período, se perfiló el objetivo denominado “Ciudad de Derechos”, donde se concreta la voluntad de la administración de seguir avanzando en la garantía y efectividad de los derechos de las ciudadanas y ciudadanos, mejorando la calidad de vida a través del desarrollo de políticas públicas y acciones integrales que permitan la materialización de los derechos fundamentales, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios sociales, en los cuales se destaca la salud.

Se complementa con la idea de trabajar para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio: erradicar la pobreza y el hambre, lograr la educación básica universal, promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, la mortalidad materna y los casos de VIH/SIDA.

El Acuerdo 308 de 2008 que adoptó el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá, 2008 – 2012 “Bogotá positiva: para vivir mejor”, estableció 29 principios de política pública y de acción sobre los cuales se cimentó el devenir de las políticas particulares.

En el proyecto político del gobierno distrital del período analizado, se plantea la creación de espacios de vida donde reine la equidad con dignidad, donde el Estado garantice los derechos universales y se generen oportunidades reales para el disfrute de los mismos<sup>1</sup>.

En el caso específico de salud, señala propósitos como garantizar condiciones dignas de salud, con énfasis en las personas, grupos poblacionales y sectores sociales en condiciones de riesgo o vulnerabilidad.

---

<sup>1</sup> Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Secretaría Distrital de Salud. Pág. 4

Propone entre otras estrategias, optimizar los sistemas de información que contribuyen a reconocer, identificar y caracterizar las personas en condición de vulnerabilidad y armonizar el aumento de cobertura en la prestación de servicios básicos con la satisfacción de estándares de calidad.

Se plantearon los programas “Bogotá sana”, “Garantía del aseguramiento y atención en salud” y “Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud” que pretenden garantizar el derecho en el tema, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas; garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, vinculando la población en condición de vulnerabilidad y garantizando el derecho a la atención en salud a toda la población; y optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema.

Finalmente se establecieron los siguientes proyectos: salud a su casa; salud al colegio; instituciones saludables y amigables; comunidades saludables; gestión social e integral para la calidad de vida; salud al trabajo; promoción y afiliación al régimen subsidiado; atención a la población vinculada y actividades no POS-S de los usuarios del régimen subsidiado; promoción al aseguramiento del régimen contributivo; gratuidad en salud; desarrollo de la infraestructura hospitalaria; redes sociales y de servicios; ampliación y mejoramiento de la atención pre-hospitalaria; EPS Distrital: gestión integral de medicamentos; Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos; desarrollo del sistema de rectoría en salud; y modelo de salud.

Como elementos estratégicos se pretende disminuir barreras de acceso a los servicios de salud organizando la respuesta sectorial en redes territoriales, orientadas por la atención primaria en salud (APS), acorde con las necesidades de la población y con criterio de equidad.

En resumen, la política en materia de salud se contextualiza en la promoción de la calidad de vida y salud de la población que incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, desde la perspectiva de garantía de derechos.

Se define la política de salud, bajo la concepción del desarrollo humano, donde las personas son el centro de la actuación pública potenciando sus capacidades y su libertad, a partir de la generación de oportunidades efectivas en un contexto de desarrollo ambiental sostenible. Se supone una concepción y definición de salud amplia e integral, optando por un modo promocional que incluye la calidad de vida como factor que determina los procesos de salud enfermedad en la población, atendiendo a las siguientes consideraciones:

- La salud se afecta con la enfermedad, pero no se reduce a la ausencia de enfermedad.
- Todas las personas, sin importar si están enfermas o presentan alguna limitación física o mental, tratan de vivir de la mejor manera posible, lo cual requiere de unas condiciones de calidad de vida que le permitan realizar tal aspiración.
- La vida transcurre en relaciones sociales y en condiciones materiales que la hacen posible, de manera que tanto la salud como la enfermedad están determinadas por condiciones y medios, más o menos disponibles según el lugar que se ocupa en la sociedad.
- Por esto pensar en salud requiere tener en cuenta la calidad de vida de las personas y las opciones autónomas que conducen a ella, aún en situación de enfermedad o discapacidad.

## 2.2 DESARROLLO DE LA POLÍTICA

Al revisar algunos de los proyectos del plan de desarrollo correspondientes a los programas Bogotá sana (Salud a su casa), Garantía del aseguramiento y atención en salud (Promoción y afiliación régimen subsidiado y contributivo y gratuidad en salud) y fortalecimiento y provisión servicios salud (Desarrollo de la infraestructura hospitalaria, EPS Distrital y plan maestro de equipamientos en salud), se establecieron varias metas para el período 2008-2012 como se presenta en el siguiente cuadro, el cual muestra también el nivel de cumplimiento a 2011

**CUADRO 1  
PROYECTOS SALUD PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ POSITIVA 2008-2012  
METAS Y AVANCES**

Proyectos	Metas	Línea Base	Avance
Salud a su casa	Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa	325 microterritorios cubiertos con el programa	2008 351 2009 351 2010 360 2011 371 Porcentaje ejecución 87.3% (46 microterritorios más respecto de la línea base).
Salud al colegio	Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al Colegio	309 sedes educativas cubiertas con el Programa.	2008 310 2009 470 2010 470 2011 792 Porcentaje ejecución 107.9%
Promoción y afiliación al régimen subsidiado	Incrementar en un 52 % (892.415) las personas afiliadas al régimen subsidiado de salud	1.635.601 personas Afiliadas	De 2008 a septiembre 30 de 2011 se afiliaron al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, 693.549 nuevas personas, de las cuales, 46.221 fueron por incremento de cobertura y 647.328, han ingresado por reemplazos. Así mismo, respecto al número total de afiliados en el régimen subsidiado en salud, a marzo de 2012

Proyectos	Metas	Línea Base	Avance
			es de 1.313.781 ciudadanos <sup>2</sup> .
Gratuidad en salud	Atender gratuitamente el 100% de las personas menores de 5 años, mayores de 65 y en condición de discapacidad severa, que pertenezcan al régimen subsidiado y estén clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN	Menores de 5 y mayores de 65 años en condición de discapacidad severa atendidos gratuitamente.	En 2011 se logró la realización de 68.820 atenciones a menores de 1 a 5 años; 805.424 atenciones a la población mayor de 65 años y 40.177 atenciones a población con Discapacidad severa para un total de atenciones de 914.421
Desarrollo de la infraestructura hospitalaria	Ejecutar el 40% de las obras del plan maestro de equipamientos en salud y realizar seguimiento al 100% de los mismos.		Entre 2008 y 2011 en términos de intervenciones concluidas, el avance ha sido mínimo, ya que en 2008 era del 16% y en 2011 del 31.6% <sup>3</sup> .
EPS Distrital	Crear una EPS Distrital		EPS habilitada a diciembre de 2011 por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fuente: SEGPLAN. SIVICOF. Informes de gestión y balance social Secretaría Distrital de Salud y Fondo Financiero Distrital de Salud.

Al momento de realizar un balance sobre el cumplimiento de las políticas en salud, se precisa en primer lugar puntualizar que, en el período objeto del análisis, se continúa con los proyectos del Plan de Desarrollo “Bogotá sin Indiferencia” de salud a su hogar, salud al colegio y salud al trabajo, los cuales soportan la política de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en la idea de la garantía de derechos.

El aseguramiento al sistema de seguridad social en salud obedece a los mandatos legales y las directrices del nivel nacional, que han orientado la universalización como elemento fundamental.

La creación de la EPS Distrital había sido considerada en la administración anterior y por tanto incluida como meta en su correspondiente plan de desarrollo. Entonces se sigue en esta línea con el mandato del Concejo de Bogotá que autoriza al Gobierno Distrital para que constituya una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL, sociedad de economía mixta, con participación mayoritaria del Distrito Capital, con fines de interés social, autonomía administrativa y financiera, como componente del Sector Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Ministerio de la Protección Social. Histórico Base de Datos Única de Afiliación [BDUA]

<sup>3</sup> Contraloría de Bogotá. Informe de Auditoría Regular Hospital Fontibón. Pág. 17

<sup>4</sup> Acuerdo 357 de 5 de enero de 2009

Respecto del desarrollo de la infraestructura hospitalaria, se enmarca en un elemento de mayor alcance en el tiempo como lo es el Plan maestro de equipamientos de salud que se extiende hasta el 2019<sup>5</sup>.

Entonces resulta evidente que no se marca una sustancial diferencia en la política de salud, aún cuando se plantean metas que apuntan a mejorar las condiciones de salud de la población frente a la línea base que se tiene a 2008.

Así por ejemplo, en cuanto a salud a su casa se plantea cubrir 425 microterritorios, a partir de los 325 cubiertos con salud a su hogar. El mantenimiento de familias activas dentro de los territorios y la presencia de visitas inefectivas durante el año, fueron las principales dificultades para la operación y desarrollo de intervenciones. Como acción de mejora se hicieron acuerdos de operación con los Hospitales y también concertados en la búsqueda de lograr mayor efectividad para el desarrollo de las visitas<sup>6</sup>.

De otra parte, la orientación nacional sobre la política de salud consignada en la Ley 1438 de 2011<sup>7</sup> refuerza los esfuerzos realizados por el gobierno distrital desde mediados de la anterior década, cuando se desarrolló un modelo de prestación de servicio de salud sustentado en la estrategia de atención primaria en salud (APS) y que se instrumentó en la conformación de los equipos de salud para atender los individuos y las familias caracterizadas en los microterritorios.

En cuanto al programa de garantía del aseguramiento se sustenta en los principios generales del Sistema de Seguridad Social en Salud. El programa de gobierno establecía propender por el aseguramiento universal de la población, garantizando accesibilidad al sistema, por lo que se trabajará en la identificación de cada persona mediante tecnologías de biometría y la generación de una historia clínica sistematizada única para el Distrito Capital, que permita un adecuado seguimiento y tratamiento.

La Contraloría de Bogotá ha sido recurrente en el control de los recursos administrados en este sentido y de manera reiterada ha manifestado las dificultades derivadas de las debilidades del sistema de información originadas, entre otras situaciones, por la dinámica propia del sistema que genera cambios en el tipo de afiliación (contributivo y subsidiado), las novedades por nacimientos y fallecimientos, además de falencias en el registro e identificación de la población

---

<sup>5</sup> Decreto 318 de 15 de agosto de 2006

<sup>6</sup> SIVICOF. Informe de Gestión 2011 Secretaría Distrital de Salud

<sup>7</sup> Artículo 2º Ley 1438 de 2011. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población

usuaria. Esto explica las diferencias entre los registros de la Secretaría y los que se llevan en la base de datos única de afiliados BDUA del Ministerio de Salud.

En la auditoría realizada en 2011 se ponía de presente la problemática generada por la inestabilidad legal *“ya que no es clara la gestión de política y rectoría del aseguramiento para la ciudad, por ello, los diferentes cambios normativos desde 2007 con la Ley 1122, los decretos reglamentarios en el 2009, el Acuerdo 415 del Concejo de Seguridad Social; en diciembre de 2009 y 2010 la emergencia Social y en enero de 2011 la Ley 1438 de 2011 generan un profundo cambio normativo que hace complejo tener una política coherente y actualizada con el aseguramiento en la ciudad”*<sup>8</sup>.

Favorecía esta política el control que tenía el ente territorial desde la interventoría y supervisión a la contratación suscrita con las EPS-S, pero con los cambios introducidos en la ley 1438 de 2011, no existen contratos de aseguramiento, no hay giro directo, no hay Interventoría y no se ha reglamentado la sanción frente al incumplimiento.

Lo cierto es que parece que el nivel de aseguramiento en el régimen subsidiado se ha consolidado en una cifra inferior al 1.400.000 personas, si se considera el registro BDUA, inferior incluso a la línea base que maneja el Plan de Desarrollo Bogotá positiva de 1.635.601.

La política en salud para este período precisa el énfasis en la protección específica de los grupos en riesgo, menor de cinco años, gestantes adolescentes, adulto mayor y personas con discapacidad, para lograr la consolidación de la estrategia de atención primaria en salud<sup>9</sup>.

Los diagnósticos en materia de salud advierten sobre las barreras para el acceso a los servicios y para el caso particular de la población vulnerable señalada, el factor económico constituía una de estas barreras<sup>10</sup>.

Entonces se formula el programa y proyecto de gratuidad en salud para mejorar la calidad de vida y salud de la población infantil, adultos mayores y personas en condición de discapacidad severa afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, considerados altamente vulnerables. Bogotá se convierte en la primera ciudad del país en ofrecer gratuidad en salud como estrategia para avanzar hacia el derecho a la salud, según la Secretaría Distrital de Salud.

---

<sup>8</sup> Contraloría de Bogotá. Informe de Auditoría Regular Fondo Financiero Distrital de Salud 2011

<sup>9</sup> Programa de Gobierno Samuel Moreno

<sup>10</sup> Para el régimen subsidiado la población entre 1 y 5 años, adultos mayores de 65 años en adelante y personas en condición de discapacidad severa, y población nivel 2 del SISBEN debían pagar copagos entre el 5 y el 10% del valor del servicio, lo que se convertía en una barrera de acceso para la población más pobre y vulnerable que no cuenta con los recursos para asumir estos costos y que muchas veces se privan de acceder a los servicios de salud por falta de dinero. Considerando Decreto 345 de 2008 por el cual se reglamenta el proyecto de gratuidad en salud.

La administración presenta como logros, en el último año, sobre esta materia la realización de 68.820 atenciones a menores de 1 a 5 años; 805.424 atenciones a la población mayor de 65 años y 40.177 atenciones a población con Discapacidad severa para un total de atenciones de 914.421<sup>11</sup>

Otra intención propuesta en el plan de gobierno señalaba la continuidad en el fortalecimiento de la red pública hospitalaria para garantizar la prestación de servicios en cualquier eventualidad. La apuesta para desarrollar nuevos equipamientos para responder a la demanda creciente de la población y la actualización de la tecnología biomédica como pilar fundamental para brindar atención con calidad y oportunidad.

Sin embargo, como se reseñó anteriormente, este proyecto debe enmarcarse en la línea establecida en el Plan maestro de equipamientos en salud, instrumento cuya ejecución ha sido objeto de dos pronunciamientos por parte de la Contraloría que llaman la atención sobre las demoras en la realización de las intervenciones propuestas, la falta de financiación de las mismas y las dificultades derivadas de los procesos de saneamiento de los inmuebles y la adquisición de predios.

Se insiste en las debilidades de la planeación, especialmente cuando se comprometen metas sin que se tengan los sustentos técnicos y los recursos para su cumplimiento.

En relación con los proyectos desarrollo de la infraestructura hospitalaria y plan maestro de equipamientos en salud, en el siguiente cuadro se presenta el balance general de avance del PMES a diciembre de 2008 y junio de 2011.

CUADRO 2  
PLAN MAESTRO EQUIPAMIENTOS DE SALUD  
ESCENARIOS A 2008 Y 2011

Escenario a diciembre 2008	Escenario a junio 2011
<p>El balance frente al cumplimiento del PMES en el corto plazo es bastante pobre, tan sólo se entregaron seis de los 38 proyectos priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reordenamiento del Centro de Atención integral en salud mental- Balcanes</li> <li>• Reordenamiento del Hospital día pediátrico Centro Oriente y sede de Salud Pública (antigua sede Laboratorio Central de Salud Pública);</li> <li>• Obra nueva de reposición UBA El Porvenir Hospital Pablo VI Bosa;</li> <li>• Reforzamiento estructural y reordenamiento UPA Asunción Bochica Hospital Santa Clara (Localidad Puente Aranda);</li> </ul>	<p>Se entregaron 12 intervenciones. Además de las seis ya mencionados a 2008 son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obra nueva reposición CAMI Trinidad Galán.</li> <li>• Obra nueva reubicación CAMI Vista Hermosa.</li> <li>• Obra nueva reposición Hospital El Guavio. Hospital Centro Oriente.</li> <li>• Reordenamiento CAMI I San Pablo Hospital Fontibón.</li> <li>• Reforzamiento estructural CAMI Ferias.</li> <li>• Reforzamiento estructural Clínica Fray Bartolomé de las Casas</li> </ul>

<sup>11</sup>SIVICOF. Secretaría Distrital de Salud. Informe de gestión 2011. El sujeto de control señala que el dato es tomado de la facturación presentada por las ESE de enero a noviembre de 2011 ante la Dirección de Aseguramiento.

<sup>12</sup>Secretaría Distrital de Planeación. Informe seguimiento a los planes maestros período 2008. En cumplimiento del Acuerdo 223 de 2006. Bogotá, abril de 2009.

Escenario a diciembre 2008	Escenario a junio 2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obra nueva Centro Ecoterapia Hospital Nazareth en la localidad de Sumapaz</li> <li>• Obra nueva reposición primera etapa del edificio asistencial Hospital de Meissen.</li> </ul> <p>En total se presenta un porcentaje de ejecución del PMES del 16%<sup>12</sup></p>	<p>Avances a diciembre de 2010 en Reforzamiento estructural CAMI Emaus 80% Reordenamiento UPA 35 Cundinamarca 90% (meta de mediano plazo) Si se considera que el corto plazo contemplaba 38 proyectos, apenas se presenta un porcentaje de cumplimiento en intervenciones concluidas del 31.6%. No se han entregado obras contempladas a 2008 como El Tintal ó ni siquiera se han iniciado como las relacionadas con el Hospital Usme.</p> <p>Respecto de las metas a 2012 difícilmente se va a cumplir con la obra del Hospital San Bernardino en la localidad de Bosa, proyecto en el que apenas se trabaja en la fase precontractual para los estudios técnicos y diseños</p>
<p>Buena parte de los proyectos apenas cuentan con la suscripción del respectivo convenio entre el hospital y el Fondo Financiero Distrital de Salud, pero presentan mínimos avances en su ejecución, al punto que algunos no están viabilizados y 16 no están financiados.</p>	<p>La mayor parte de los proyectos de corto plazo que no se han ejecutado ni presentan avances están en ajustes, otros no tienen financiamiento. Igual sucede con las intervenciones a 2012 que corresponden a mediano plazo. Sumadas las intervenciones de corto y mediano plazo, a 2012 el total de intervenciones a realizar es de 98; se han entregado 10, en 21 intervenciones se presentan avances y en 43 intervenciones no se cuenta con recursos.</p>

Fuente: Contraloría de Bogotá. Informes de Auditoría Ciclo II PAD 2011

Entonces entre 2008 y 2011 en términos de intervenciones concluidas, el avance ha sido mínimo, ya que en 2008 era del 16% y en 2011 del 31.6%.

Finalmente, respecto de la creación de la EPS Distrital, el Plan de Desarrollo Bogotá sin indiferencia planteaba avanzar en el estudio para la creación de una EPS-ARS pública o mixta<sup>13</sup>. El plan de desarrollo para la vigencia 2008-2012 ya precisa como meta la creación de una EPS Distrital.

Con base en los estudios adelantados desde la Secretaría Distrital de Salud, el Concejo de Bogotá expidió el Acuerdo 357 de 2009 que autoriza al Gobierno Distrital para que constituya una EPS del distrito capital.

En la exposición de motivos que condujo a la expedición de esta norma, se presentaba como fortaleza que este modelo de E.P.S. pública o mixta con capital estatal mayoritario, disminuiría el valor de la glosa que los hospitales enfrentan y que las aseguradoras no parecen reconocer, se eliminaría la intermediación se propendería por la oportunidad del pago por parte de la EPS hacia sus prestadores como política de calidad de la misma. Esto permite lograr un aumento del flujo de los recursos de manera real, contribuyendo al desarrollo y equilibrio de las E.S.E.s Distritales, a la ejecución adecuada de los recursos y a un impacto real sobre los perfiles de morbilidad en la ciudad.

<sup>13</sup> Acuerdo 119 de 2004

La creación y puesta en marcha de la EPS ha significado cumplir con los requisitos administrativos y legales, ya que al conformarse como una entidad de carácter mixto, hubo de pasar por la definición de un aliado estratégico, que fue Salud Total y adelantar los trámites para la habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, proceso complejo y que concluyó con la expedición de la Resolución N°003869 de 21 de diciembre de 2011 <sup>14</sup> :

A la fecha no se pueden advertir los resultados e impactos de esta EPS que debería, conforme a la intención de la política, favorecer el flujo de recursos con la red pública distrital y la atención de los usuarios del régimen subsidiado.

### 2.3 RECURSOS

En términos de la ejecución de recursos, los proyectos asociados al objetivo estructurante “Ciudad de Derechos” presentaron el siguiente comportamiento en el período 2008-2011

CUADRO 3  
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PROYECTOS  
OBJETIVO ESTRUCTURANTE CIUDAD DE DERECHOS

PROGRAMA / PROYECTO	2008	2009	2010	2011
BOGOTÁ SANA	79,204,506,477	172,898,654,282	170,417,519,573	168,671,823,222
Salud a su casa	18,572,519,785	34,430,141,862	30,083,708,892	33,305,048,956
Salud al colegio	6,916,358,549	20,103,912,836	22,039,027,922	21,486,416,125
Vigilancia en salud pública	18,059,715,170	42,744,678,207	43,381,661,023	47,285,357,630
Instituciones saludables y amigables	11,541,133,250	15,530,691,719	14,295,225,795	13,732,235,906
Comunidades saludables	7,358,068,972	16,267,818,022	14,982,271,254	14,643,617,146
Niñez bienvenida y protegida	5,577,403,630	16,212,164,673	24,421,564,146	16,152,220,360
Fortalecimiento gestión distrital en salud pública	8,991,112,586	19,987,168,192	14,912,879,990	14,541,240,437
Salud al trabajo	2,188,194,535	7,622,078,771	6,301,180,551	7,525,686,662
GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN EN SALUD	165,407,415,654	904,634,887,087	1,254,016,594,452	743,798,829,658
Promoción y afiliación Régimen Subsidiado y Contributivo	9,881,292,792	479,879,778,353	577,129,499,867	323,613,502,238
Atención a la población vinculada	152,966,122,861	423,283,709,564	676,887,094,585	420,185,327,420
Gratuidad en salud	2,560,000,001	1,471,399,170		
FORTALECIMIENTO Y PROVISIÓN SERVICIOS SALUD	69,203,399,690	19,987,168,192	205,517,327,409	153,104,594,951
Hemocentro distrital y banco de tejidos	785,673,232	1,957,924,421	1,908,724,837	1,950,420,705
Redes sociales y de servicios (gestión integral de	22,308,794,435	32,652,497,209	14,512,594,026	63,724,545,993

<sup>14</sup> Por medio de la cual se habilita a Capital Salud E.P.S.-S SAS para la operación y administración de recursos del régimen subsidiado del S.G.S.S.S. como entidad absorbente en el proceso de fusión de Salud Total E.P.S.-S-SAS, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1117 de 2011 proferida por la Supersalud y se autoriza su ampliación.

PROGRAMA / PROYECTO	2008	2009	2010	2011
medicamentos)				
Desarrollo de la infraestructura hospitalaria	34,710,207,972	25,204,729,035	142,801,728,778	25,306,414,688
Ampliación y mejoramiento de la atención hospitalaria	7,416,490,225	32,292,398,447	40,521,314,390	52,569,149,284
EPS Distrital	306,500,128	13,576,323,008	110,984,682	
Plan maestro de equipamientos en salud	12,678,191	237,177,710	274,306,678	218,730,013
Desarrollo del sistema de rectoría en salud	3,663,055,507	8,573,628,351	5,387,674,018	9,335,334,268
<b>TOTAL CIUDAD DE DERECHOS</b>	<b>313,815,321,821</b>	<b>1,192,028,219,550</b>	<b>1,629,951,441,434</b>	<b>1,065,575,247,831</b>

Fuente: SIVICOF Contraloría de Bogotá D.C.

Se observa una mayor dinámica en el monto ejecutado en la vigencia 2010, donde los recursos llegaron a la suma de \$1.629.951 millones, que representa el 39% del total ejecutados en el período 2008-2011 del objetivo ciudad de derechos (\$4.201.369 millones).

Por programas, Bogotá Sana tuvo una ejecución de \$591.192.503.554 (14.07% del total), garantía del aseguramiento \$3.067.857.726.851 (73.2% del total) y fortalecimiento y provisión servicios de salud \$447.812.490.242 (10,66% del total).

Finalmente, a nivel de proyectos, los de mayor ejecución son: atención a la población vinculada (\$1.673.322.254.430), promoción y afiliación régimen subsidiado y contributivo (\$1.390.504.073.250), desarrollo de la infraestructura hospitalaria (\$ 228.023.080.473) y vigilancia en salud pública (\$ 151.471.412.030).

## 2.4 CONCLUSIONES

La política en materia de salud debe enmarcarse en las reglas establecidas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, de ahí que el margen de maniobra en cuanto a orientación por parte de los entes territoriales está limitado.

No obstante, en Bogotá se han liderado acciones, que sin salirse del marco referido, buscan mejorar la atención del servicio sobre el propósito del restablecimiento de derechos de la población más vulnerable. La implementación del modelo de atención primaria en salud desarrollada en los proyectos de salud a su casa, salud al colegio y salud al trabajo, con sus dificultades operativas, evidencia tal liderazgo al punto que sólo en 2011 con la Ley 1438 el gobierno nacional plantea el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio 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.

En el período 2008-2011 la política de salud continúa con las líneas sustanciales que se traían de gobiernos anteriores, por ello propósitos como la universalidad en el aseguramiento, el fortalecimiento de la red hospitalaria, además de las orientaciones en materia de salud pública no resultan novedosos. Lo que si es importante destacar es el reto traducido en el aumento de coberturas en las metas fijadas y la profundización de algunas acciones tendientes a mejorar los servicios de salud.

El distrito capital no es ajeno a los problemas que devienen del mismo SGSSS, los obstáculos en el flujo de recursos, la falta de claridad de los servicios cubiertos con los diferentes planes, las deficiencias en los sistemas de información para el registro e identificación cierta de los usuarios, la demora en pagos y obligaciones por parte de los agentes del sistema. En este orden de ideas, una política desde el plano territorial no puede resolver este tipo de problemática estructural, pero con el liderazgo que debe tener la capital, puede contribuir para que las instancias que tienen esta gobernabilidad actúen en consecuencia.

Así por ejemplo, dado que el tema de los sistemas de información contenido en los artículos 112 y 113 de la Ley 1438 de 2011 tiene plazo de reglamentación a enero de 2012, resultan importantes los aportes que se puedan dar desde el distrito capital.

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

#### 3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Con el fin de establecer el cumplimiento al Plan de Mejoramiento suscrito por el Hospital Santa Clara III NA ESE con la Contraloría de Bogotá, se efectuó seguimiento a las acciones correctivas correspondiente a lo observado en la auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad regular de la vigencia 2010, 2009, 2008, 2006, con un acumulado de 52 hallazgos, de los cuales se cerraron 31 hallazgos y 21 están en ejecución.

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la Resolución 33 de 2011, anexo 2, el grado de avance y el cumplimiento de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento dio como resultado 1.70, es decir el plan de mejoramiento consolidado se cumplió y se observa en el anexo 4.2.

#### 3.2. EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

A través de la Resolución 0429 de diciembre 30 de 2005, el Hospital Santa Clara adoptó el MECI 1000:2005.

En el proceso auditor se evaluó el sistema de control interno con el fin de determinar la calidad del mismo, el nivel de confianza, su eficacia y eficiencia en cumplimiento a los objetivos establecidos en la plataforma estratégica de la entidad.

Se utilizó la metodología que indica la evaluación del mantenimiento de MECI, mediante la aplicación de encuestas, actas de visita fiscal y resultados de la gestión del año 2011, en las áreas de: Oficina de Control Interno, Oficina de Atención al Usuario, Oficina Jurídica, Oficina de Garantía de la Calidad, Oficina de Planeación, Área de Mantenimiento (calderas, oxígeno), Área Financiera (Presupuesto y Contabilidad), Subdirección Científica, UFEN Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Gastroenterología, Rayos X, TAC), Laboratorio Clínico, (Broncoscopia); se incrementó la muestra en las áreas de: Salud Ocupacional Auditoría médica, Facturación, Atención al Usuario, Control interno Disciplinario; UFEN Urgencias, UFEN Hospitalizados, Farmacia.

El modelo del sistema de control interno, busca alcanzar la sostenibilidad y mejoramiento a través del tiempo, a pesar de que la alta dirección del Hospital adoptó comportamientos y disciplinas, estas no han obtenido el mejor resultado que permitiera el mejoramiento continuo en cada uno de los elementos y componentes del modelo, es así como el resultado obtenido en el desarrollo de la

auditoria a la evaluación del mantenimiento del modelo, obtuvo un porcentaje del 73,1%, lo que indica que la entidad tiene un Incumplimiento Medio, generando un alto riesgo para el desarrollo de sus actividades.

#### Subsistema Control Estratégico

Este subsistema tiene como objetivo la creación de una cultura organizacional fundamentada en el control de los procesos de direccionamiento estratégico, administrativos y operativos de la entidad, los estándares de control relacionados entre si no garantizan en este caso la operación en forma sistemática, como se determinara en el desarrollo del informe. Este subsistema obtuvo un porcentaje del 77% lo que indica que la entidad presenta incumplimiento medio.

La entidad tiene establecidos los protocolos éticos, en donde se destaca el código de ética y buen gobierno, este documento ha sido difundido a través de socializaciones a los funcionarios, (volantes con la información para el conocimiento de la misión, visión, principios corporativos, objetivos de la entidad, que se encuentran en su página Web.), Así mismo, se realiza sensibilización en atención a los usuarios.

#### *Componente Ambiente de Control*

Se pudo evidenciar que las socializaciones no se realizan a la totalidad de los funcionarios toda vez que existe cruce de horarios para las mismas por razón a los turnos. Aspecto que se evidenció en las respuestas de los cuestionarios aplicados en las áreas.

La entidad cuenta según registros de la Oficina de Talento Humano con 298 empleados de planta y 968 son contratistas para un total de 1262. Se evidencia aumento en la contratación en (53) personas. Además se observó en el proceso auditor que algunos profesionales que realizan las actividades misionales no conocen el PIGA, sin embargo, se verificó que el hospital ha realizado inducciones y/o capacitaciones a los funcionarios y contratistas.

#### *Estilos de Dirección*

La entidad cuenta con un estilo de dirección participativo dirigido por la alta dirección y respaldado por las direcciones y subdirecciones en los que se delegan las actividades y responsabilidades. También existe cooperación de los funcionarios en la generación de planes y programas.

Dentro de la evaluación, se observó inconformidad por parte de algunos de los servicios de la entidad (Gastroenterología, Radiología y otros) por las quejas y

sugerencias que formulan respecto al funcionamiento de sus áreas encontrando falta de gestión y apoyo a estos para evitar riesgos inminentes que puedan afectar sus lugares de trabajo.

#### *Direccionamiento Estratégico*

La entidad cuenta con plan Estratégico, Plan de Desarrollo y Planes de acción, e identifica la misión, visión, objetivos generales y específicos, por procesos, pero se presentan deficiencias en el acompañamiento y seguimiento al cumplimiento.

3.2.1 El Hospital no ha dado cumplimiento a la Resolución 01 del 2001, numeral 5.6.2 “Baja de Bienes Inservibles”, toda vez que se evidencian elementos en deterioro y sin uso, elementos inservibles, hechos que generan invasión de espacio lo que no permite la delimitación de áreas de seguridad industrial; tal y como sucede en el área de calderas que presenta equipos en mal estado (cuatro bombas, dos bombas con motor, mesa para rayos X, tanque para agua de alimentación de calderas para maquinas, vidrio roto del GAS PRESSURE SWITCH). Igualmente en el área de Oxígeno se encuentran equipos y elementos tales como; motores y colchonetas fuera de servicio, lo anterior incumple lo normado Literal b) Ley 87 de 1993.

#### *Modelos de Operación por Procesos*

La entidad tiene implementados los lineamientos, Políticas, Normas y Procedimientos que denotan las actividades a seguir en cada uno de los procesos sin embargo se detectaron debilidades en ellos, en contratación específicamente en contratos de prestación de servicios y tercerización ya que legalizan hechos cumplidos y se generan adiciones más prorrogas a los mismos. En el caso de las investigaciones de tipo disciplinarias no se evacuan rápidamente generando vencimiento de términos. Igualmente no se realiza una supervisión adecuada a los equipos biomédicos y/o soluciones prontas en el caso de presentarse daños en esta tecnología en la visita realizada por la Contraloría se encontró que equipos estaban sin funcionar por un tiempo de dos semanas.

3.2.2 Durante el proceso auditor se observó que las glosas no se encuentran individualizadas por servicios, con el fin de que permitan identificar el comportamiento de rentabilidad o pérdida y costos del ejercicio, transgrediendo el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.2.3 El área de presupuesto no cuenta con un procedimiento para el reintegro de saldos de vigencias anteriores, generando inadecuada planeación del manejo de los recursos. Incumpliendo el literal a) del artículo 2 Ley 87 de 1993.

### *Estructura Organizacional*

El Hospital tiene definida su planta de personal y cuenta con el manual específico de funciones y competencias laborales, sin embargo, este documento no está disponible para consulta en la Intranet y no hace parte del Listado Maestro de documentos. Respecto a las inducciones el personal al ingreso es capacitado al proceso de re inducción se encontró debilidad ya que algunas personas no asisten a dichos procesos por cruce de turnos.

3.2.4 La oficina de Control Interno como asesora de la entidad, no prioriza la realización de auditorías a las áreas críticas del Hospital, generando incumplimiento de los objetivos y del plan estratégico de la misma, lo que impide el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional, comportamiento que transgrede el artículo 2 de la Ley 87 de 1993

Como se evidencia en las observaciones anteriormente formuladas, la administración tiene conocimiento de los riesgos de los servicios pero no toman medidas de control para mitigar o subsanar. Existen los mapas de riesgos diseñados por los funcionarios en cada uno de los servicios, sin embargo no se aplican los correctivos para subsanarlos. En la matriz se califica el riesgo: baja, media, alta probabilidad, sin embargo en todas las dependencias no se aplica la identificación de los riesgos no tienen establecidas las fortalezas y debilidades de los procesos tales como: guías de acción para manejar y evitar los riesgos que comprometen el cumplimiento de la misión institucional.

En las áreas de Gastroenterología, Radiología, Calderas y Oxígeno se observa que no existe seguimiento oportuno, valoración del riesgo e implementación de políticas que conlleven a la administración, mitigación y eliminación de los riesgos inherentes a cada uno de los procedimientos.

3.2.5 El Hospital Santa Clara no cuenta con adecuada gestión documental (organizar, facilitar, utilizar y conservar documentos) situación evidenciada en inspección ocular (fotos) al edificio en ruinas donde se observaron documentos y placas en cajas a la intemperie, material radiológico contaminante. Así mismo en el pasillo que conduce al área financiera se encuentran cajas con documentación. Igualmente en las áreas de farmacia, mantenimiento, historias clínicas, planeación, atención al usuario, laboratorio clínico, archivo, gestión documental se verificó que no llevan libro radicador, no existe ficha documental, no hay orden cronológico de documentos, no llenan el formato de las cajas de archivo correctamente y no se aplican las tablas de retención documental. Incumpliendo lo normado artículo 1, 2 Ley 87 de 1993, artículo 34 de la Ley 734 de 2002 y la Ley 594 de 2000.

### *Subsistemas de Control de Gestión*

Este subsistema obtuvo un porcentaje del 63% lo que indica que la entidad presenta incumplimiento medio.

#### *Actividades de control*

Evaluados los elementos contentivos de este componente, observando cómo se indicó en el elemento modelos de operación por procesos, el hospital posee las políticas de operación del sistema de Gestión de Calidad desarrollando capacitaciones y sensibilizaciones de los procesos y procedimientos adoptados por los planes, programas y proyectos bajo las políticas del Plan de Desarrollo Distrital.

En este sentido, se evidencia falla en el control en razón a que no se están realizando los seguimientos en algunas de las áreas misionales mencionadas anteriormente así como no se puede establecer la rentabilidad y los costos de algunas de estos servicios a fin de determinar la oferta y demanda del portafolio de servicios.

Si bien es cierto la entidad no aplica los controles establecidos en cada uno de los procesos y procedimientos, lo que ha generado que se conformen algunos hallazgos en el desarrollo de esta auditoría, se pudo evidenciar que los controles definidos corresponden en algunos casos a controles preventivos y en otros a controles correctivos. De acuerdo con la metodología aplicada para la evaluación, seguimiento y mantenimiento de MECI, ésta se compone de dos momentos; la primera que es la implementación del modelo y la segunda su mantenimiento y funcionamiento. El Hospital implementó los controles sin embargo no los ha mantenido. Esto indica que algunos de ellos clasificados como preventivos en la matriz de riesgo, ya podrían ser correctivos en el momento.

Así las cosas se reevaluó la calificación de controles dentro del componente de control de gestión, observando de acuerdo a la auditoría realizada que al menos al 40% de los controles no se les realizó el seguimiento y cumplimiento respectivo, lo que conlleva a obtener una calificación del 63% en cumplimiento.

#### *Manual de procedimientos*

La entidad posee manuales de procedimientos no obstante se presentan debilidades en algunas áreas como son Presupuesto, Facturación, Mantenimiento y Salud Ocupacional, entre otras.

#### *Controles*

Los procedimientos en un 40% tienen debilidades en algunos puntos de control para el normal desarrollo y ejecución del mismo incidiendo en la ocurrencia de errores y situaciones que se presentan en el Planear, Hacer Verificar y Actuar (PHVA), se tiene definidos los controles preventivos y correctivos para sus procesos o actividades, en el mapa de riesgos y los indicadores, respectivamente. La revisión de los controles, permitiría determinar su eficiencia y eficacia, porque la falta de calidad y consistencia de la información, la no respuesta de las quejas y/o reclamos junto con la verificación de las respuestas o existencia de las quejas radicadas en la página de PQR de la Secretaría Distrital de Salud presentadas en el área de Atención al Usuario, la caducidad o vencimiento de términos en los procesos disciplinarios, las glosas pendientes de años anteriores, junto con los controles inefectivos que se presentan en algunas áreas como es el caso de Gastroenterología y Radiología, son muestra de ineficacia de los controles definidos, por ende, de la materialización del riesgo.

3.2.6 En la inspección ocular realizada al servicio de lavandería se evidenció que el personal que labora en el área recolecta las ropas sucias de las áreas, lanzan la ropa por las escaleras y cae en el carro, se mezcla la ropa sucia y la limpia, la persona que se encarga de esta labor no tiene elementos de protección. Incumpliendo lo establecido en el numeral 6.1.12 Normas de Seguridad para el área de lavandería del Hospital Santa Clara y el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

#### *Componente de Información*

El Hospital identifica la información primaria, secundaria y los sistemas de información interna y externa en las que intervienen la ciudadanía, contratistas, entidades reguladoras, también interviene la información generada en los manuales de procesos, acta de comité, la intranet no establece prioridades en la administración de las quejas y reclamos interpuestos por los clientes externos ya que la calidad de la respuesta no atiende con claridad la petición de los usuarios ni solución, además tiene implementado los aplicativos Clinical Suite en el área de Cartera, Presupuesto y Facturación.

En visita de este Ente de Control se evidenció que no se tiene claro el manejo de la información secundaria respecto al listado maestro de documentos y tablas de retención documental, para la custodia y entrega de información en cada uno de los puestos de trabajo. De otra parte, se evidencia que los responsables de la información no tienen clara su responsabilidad de custodia y calidad de la misma, como el caso de información relevante de facturación.

## Comunicación Pública

### Comunicación organizacional.

El hospital presenta una comunicación abierta con los grupos externos e internos, sin embargo se evidencian debilidades en su interiorización por parte de algunos funcionarios que podría afectar el cumplimiento de la misión institucional.

### Comunicación informativa

La página web del Hospital Santa Clara se encuentra sin actualizar, sin embargo tienen establecidos los derechos y deberes de los usuarios como también el portafolio de servicios y cuenta con un link para el ciudadano.

## Medios de comunicación

### *Control de evaluación*

Este subsistema se conforma por autoevaluación, evaluación independiente, planes de mejoramiento que comprende la evaluación de la eficiencia del control interno, efectividad de los procesos para el mejoramiento continuo junto con Garantía de la Calidad. El subsistema obtuvo un porcentaje del 79% lo que indica que la entidad presenta incumplimiento medio.

### *Autoevaluación del control*

Los funcionarios de planta cuentan con un manual de funciones, sin embargo, de acuerdo a las visitas realizadas al servicio se evidencia falta de sentido de pertenencia y debilidades en el autocontrol elemento importante que contribuye al mejoramiento de los procesos de las áreas y de las actividades desarrolladas en las dependencias donde laboran, olvidando que el control interno es ejercido por todos los que pertenecen a una organización para llegar al mejoramiento continuo.

### *Componente evaluación independiente*

La Oficina de Control Interno, es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan al mejoramiento y optimización de los objetivos misionales de la Entidad.



### *Evaluación del Sistema de Control Interno.*

Control Interno en el hospital se mide de acuerdo a los resultados de su gestión verificando la efectividad de sus funciones, aplicando los planes de acción para cumplir con objetivos de la entidad.

### *Auditoría interna*

No se realizan auditorias a algunas áreas situación que impide el seguimiento para el cumplimiento de los procesos y procedimientos por parte de la Oficina de Control Interno, identificando las fortalezas y debilidades de los servicios en pro de crear correctivos para el mejoramiento continuo de la entidad, para ofrecer su portafolio de servicios con eficiencia.

### *Planes de Mejoramiento*

De acuerdo a las auditorias internas realizadas por el área de Control Interno se crean unos Planes de Mejoramiento para solucionar las debilidades de los servicios del área administrativa o misional, que permiten fortalecer la entidad para alcanzar el logro de los objetivos y la misión de la entidad. Es importante aclarar que en las vistas efectuadas se evidenciaron planes de mejoramiento que vienen con acciones de la vigencia 2009.

### *Plan de mejoramiento por procesos*

En el seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos se evidencian falencias en el control oportuno de los compromisos establecidos en las acciones a las que se comprometen, situación que impediría mejorar y fortalecer los objetivos y la misión institucionales.

### *Plan de mejoramiento Individual*

En el área de talento humano se realiza una evaluación del desempeño a los funcionarios, en los que formulan acciones de mejoramiento propuestas para los funcionarios públicos para el mejoramiento de su desempeño en la institución y en las dependencias a las que pertenecen, en los que se encuentran especialmente la atención al cliente modificando su comportamiento.

**TABLA 1**  
**RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS EVALUACION MECI**

ELEMENTOS		TOTAL * ELEMEN TOS	COMPO NENTE	TOTAL * COMPO NENTE	SUB SISTEMA	TOTAL * SUB SISTEMA	TOTAL SISTEMA
CONTROL ESTRATEGICO	Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	100	AMBIENTE DE CONTROL	83,33	CONTROL ESTRATÉGICO	77	73,1
	Desarrollo de talento humano	50					
	Estilo de Dirección	100					
	Planes y programas	71	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	90,47619			
	Modelo de operación por procesos	100					
	Estructura organizacional	100					
	Contexto estratégico	50	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	58,33333			
	Identificación de riesgos	100					
	Análisis de riesgos	50					
	Valoración de riesgos	25					
Políticas de administración de riesgos	67						
CONTROL DE GESTION	Políticas de Operación	50	ACTIVIDADES DE CONTROL	60	CONTROL DE GESTIÓN	63	
	Procedimientos	50					
	Controles	40					
	Indicadores	70					
	Manual de procedimientos	90	INFORMACIÓN	52,22			
	Información Primaria	50					
	Información Secundaria	67					
	Sistemas de Información	40	COMUNICACIÓN PÚBLICA	75,56			
	Comunicación Organizacional	100					
	Comunicación informativa	60					
Medios de comunicación	67						
CONTROL DE EVALUACION	Autoevaluación del control	50	AUTOEVALUACIÓN	67,5	CONTROL DE EVALUACIÓN	79	
	Autoevaluación de gestión	50	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	77,5			
	Evaluación independiente al Sistema de Control Interno	60					
	Auditoría Interna	75	PLANES DE MEJORAMIENTO	93,33333			
	Planes de Mejoramiento Institucional	100					
	Planes de mejoramiento por Procesos	60					
	Plan de Mejoramiento Individual	100					

Fuente: Cuestionarios de Evaluación Sistema de Control Interno – Hospital Santa Clara.

### 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 Santa Clara III Nivel ESE, con corte a 31 de diciembre de 2011 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 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 Santa Clara III Nivel de Atención E.S.E., a diciembre 31 de 2011 presentó activos totales por valor de \$85.516.794.129 que comparado con la vigencia inmediatamente anterior muestra un incremento en cuantía de \$8.366.292.415 como resultado del incremento de las cuentas por cobrar. Así mismo, presentó pasivos totales por \$39.447.688,200 que comparados con los del año 2010 aumentaron en un 25% es decir \$7.886.223.386.

En lo referente a las cuentas de resultado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011, la entidad obtuvo ingresos por \$91.297.051.138, superiores en 12% (\$9.483.798.130) a los obtenidos en el año 2010 en cuantía de \$81.813.253.008. De la misma manera los costos y gastos ascendieron a \$88.897.739.802 con un incremento del 9.42%, con respecto a la vigencia anterior, generando una utilidad de \$2.399.311.337

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 2011 el hospital Santa Clara III Nivel de Atención presentó saldos como se muestra a continuación:

**CUADRO 4  
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA EFECTIVO**

CUENTA	VALOR
Caja	30.102.453
Depósitos en Instituciones Financieras	3.336.154.034
<b>TOTAL EFECTIVO</b>	<b>3.366.256.487</b>

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

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 2011.

**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 \$46.268.094.544 discriminada así:

**CUADRO 5  
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA DEUDORES  
Servicios de Salud**

CUENTA	SALDO DIC. 31/11
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>46.268.094.544</b>
Plan Obligatorio E.P.S.	3.666.921.982
Plan Subsidiado De Salud Eps-S	25.453.430.655
Servicio De salud IPS Privadas	331.153.974
Empresa De Medicina Prepagada	17.940.031
Servicio Salud Aseguradoras	950.478.010
Servicio de Salud Particulares	49.615.871
Servicio de salud IPS Publicas	284.894.113
Servicio de Salud Entidades con Régimen Especial	74.268.449
Atención con cargo al Subsidio de la Oferta	15.380.414.280
Riesgos Profesionales ARP	29.575.711
Cuota de Recuperación	1.066.531.522
Reclamaciones FOSYGA	35.062.495
Convenios Fosiga Trauma mayor y Desplazados	88.472.376
SOAT Accidentes de Transito	1.295.527.961
Giro Directo	-2.456.192.886
<b>DEUDAS DE DIFICIL COBRO – Servicios de Salud</b>	<b>9.209.761.619</b>
<b>PROVISION PARA DEUDORES CR-servicios de Salud</b>	<b>9.209.761.619</b>

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

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

3.3.1 No obstante la gestión adelantada, el hospital a diciembre 31 de 2011 presenta glosa pendiente de contestar en cuantía de \$5.962.817.119 de la cual el 54.5% tiene mas de 360 días de antigüedad equivalente a \$3.253.168.489, que se discrimina por vigencias en el siguiente cuadro, situación que afecta la liquidez de la entidad y contraviene lo preceptuado en el artículo 23, capítulo IV del Decreto 4747 de 2007, concordante con numeral 6 capítulo XIII del Manual de Procedimientos Contables expedido mediante Resolución 056 de 2007 del Contador General de la Nación.

**CUADRO 6**  
**INVENTARIO DE GLOSA A DICIEMBRE 31 DE 2011 CON MAS DE**  
**360 DIAS DE ANTIGUEDAD**

(Cifras en pesos)

TIPO DE PAGADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
EPSS	849.976	24.159.414	10.685.106	65.018.588	32.454.535	217.826.044	1.807.017.556	2.085.176.836	4.243.188.055
EPSC		4530.519	109.274.175	39.616.478	16.333.734	29.298.956	68.092.776	271.937.376	539.084.014
ASEGURADORAS		0	673.419	11.177.995	10.889.324	20.771.432	91.534.437	73.731.809	208.778.416
FOSYGA		227.625	10.997.338	18.087.092	48.321.057	251.461	474.334.706	184.827.726	737.047.005
E.S.E		0	0	0	23.940	0	0	718.897	742.837
I.P.S		0	90.500	82.500	20.000	593.953	5.744.497	1.016.010	7.547.460
SECRETARIAS		0	4.496.135	18.060.359	28.945.776	26.678.875	52.566.207	91.606.759	222.354.111
PARTICULARES		0	0	0	0	177.600	3.264.404	633.217	4.075.221
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>849.976</b>	<b>28.917.558</b>	<b>136.216.673</b>	<b>152.043.012</b>	<b>136.988.366</b>	<b>295.598.321</b>	<b>2.502.554.583</b>	<b>2.709.648.630</b>	<b>5.962.817.119</b>

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

## ANALISIS DE LA CARTERA

La cartera total a diciembre 31 de 2011 asciende a \$57.934.049.048 de la cual el 16% corresponde a deudas de difícil recaudo equivalente \$9.209.765.619. Al comparar los saldos de 2011 con los correspondientes a 2010 se observa un incremento de la cartera total en \$14.623.392.126 que representa el 33.76% al pasar de \$43.310.656.922 a 57.934.049.048. Así mismo se observa un envejecimiento de la cartera toda vez que la cartera mayor a 360 días obtuvo un incremento de 36.45% al pasar de \$14.053.363.620 a 22.114.991.157.

**CUADRO 7**  
**CUADRO COMPARATIVO CARTERA POR EDADES 2010 - 2011**

REGIMEN	2010		2011	
	MAYOR 360 DIAS	TOTAL CARTERA	MAYOR 360 DIAS	TOTAL CARTERA
Régimen Contributivo	1.069.197.130	3.011.671.945	1.533.172.681	4.280.191.055
EPS en liquidación	0	0	0	0
Total EPS incluye EPS en liquidación	1.069.197.130	3.011.671.945	1.533.172.681	4.280.191.055
Régimen Subsidiado	6.276.314.411	22.177.474.575	9.116.579.819	29.284.568.625
ARS en liquidación	27.751.953	27.751.923	27.751.953	27.751.953
Total régimen subsidiado incluye en liquidación	6.304.066.334	22.205.226.498	9.144.331.742	29.312.320.547
SOAT ECAT	115.735.521	721.079.942	362.431.659	1.095.450.674
Población en lo no cubierto a la demanda (secret. depta)	1.408.548.918	3.981.481.530	1.601.140.262	5.288.432.180
Poblacion en lo no cubierto a la demanda (secret. music)	3.018.139.748	8.621.781.998	6.312.757.870	12.784.089.835
Otros Deudores	2.137.675.969	4.769.415.009	3.161.156.943	5.173.564.757
<b>Totales</b>	<b>14.053.363.620</b>	<b>43.310.656.922</b>	<b>22.114.991.157</b>	<b>57.934.049.048</b>

Fuente: Estado cartera a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

### Avances y Anticipos Entregados

Representa los valores entregados por la entidad contable pública, en forma anticipada, a contratistas y proveedores para la obtención de bienes y servicios. Además registra los valores entregados para viáticos y gastos de viaje que están pendientes de legalización. A diciembre 31 de 2011 el saldo de esta cuenta como sigue:

**CUADRO 8  
AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS**

CUENTA	SALDO DIC. 31/10
AVANCE Y ANTICIPOS ENTREGADOS	299.924.000
Adquisición de bienes y servicios	299.924.000

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

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 2011.

### 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.

**CUADRO 9  
CONFORMACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR  
Adquisición de Bienes Servicios**

CUENTA	VALOR
<b>ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES</b>	<b>36.313420.424</b>
Adquisición de Bienes y Servicios Nals.	24.948.412.112
Bienes y Servicios	24.948.412.112
Bienes	18.485.600.265
Servicios	6086.388.287
Préstamos de terceros	376.423.560

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

3.3.2 Dentro de las cuentas por pagar se encuentran registrados préstamos con terceros en cuantía de \$376.423.559,51 sobrestimando las cuentas por pagar y los inventarios de la entidad por la adquisición de bienes y servicios sin el lleno de los requisitos, toda vez que la entidad no cuenta con un procedimiento formalmente establecido para realizar estos préstamos y su correspondiente registro contable. El bien se recibe a través de remisiones y sólo cuando se

legaliza un contrato se facturan las remisiones, esto en contravención a lo establecido en el Manual de Procedimientos Contables.

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 2011.

#### Cuentas Por pagar – Créditos Judiciales

Representa el valor de las obligaciones por concepto de fallos en contra de la entidad, debidamente ejecutoriados, así como los mandamientos ejecutivos, conciliaciones administrativas y otras órdenes judiciales falladas a favor de terceros y originadas en litigios de carácter civil, laboral o administrativo.

A diciembre 31 de 2011 esta cuenta no presenta saldo, no obstante durante el año inmediatamente anterior se cancelaron los siguientes:

Resolución 345 de 28 de septiembre de 2011 mediante la cual se ordena el pago de una conciliación aprobada por el juzgado 34 administrativo del circuito de Bogotá por valor de \$1.102.500 a la Empresa DISORTO SA.

Resolución 362 de octubre 2011 por medio de la cual se da cumplimiento a lo ordenado por el juzgado Séptimo Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá quien ordena al Hospital Santa Clara pagar a la señora VICTORIA VELASQUEZ PEREZ el incremento salarial automático correspondiente a la Ley 84 de 1948, en cuantía de \$53.227.097.

Resolución 346 de 30 de septiembre de 2011 por la cual se autoriza el pago de una condena en este caso la cuota décima por valor de \$114.719.900.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que esta cuenta fue manejada adecuadamente.

#### Provisión para Contingencias- Litigios y Demandas

Representa el valor estimado de obligaciones a cargo de la entidad contable pública, ante la probable ocurrencia de eventos que afecten su situación financiera. Tal estimación deberá adelantarse mediante procedimientos de reconocido valor técnico, y no será aplicable a las obligaciones contingentes que cuenten con contragarantías, o sobre las cuales exista la opción de emprender procesos ejecutivos de recuperación. Dichos eventos se deberán reconocer en las respectivas cuentas de orden hasta tanto sean considerados como eventuales o remotos.

**CUADRO 10**  
**CONFORMACIÓN DE CUENTAS PROVISION PARA CONTINGENCIAS**  
**Litigios y Demandas**

<b>CUENTA</b>	<b>VALOR</b>
<b>PROVISIÓN PARA CONTINGENCIAS</b>	1.489.976.575
Litigios	145264.163
Obligaciones Potenciales	1.344.712.412

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

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 2011.

**Responsabilidades Contingentes - Litigios y Demandas**

Representa el valor de las demandas interpuestas por terceros en contra de la entidad. También incluyen las pretensiones económicas originadas en conflictos o controversias que se resuelven por fuera de la justicia ordinaria.

**CUADRO 11**  
**CONFORMACIÓN DE CUENTAS RESPONSABILIDADES CONTINGENTES**  
**Litigios y Demandas**

<b>CUENTA</b>	<b>VALOR</b>
<b>LITIGIOS Y MCA ALTR SOLUCION</b>	<b>4.928.810.065</b>
Laborales	25.589.889
Administrativos	4.903.220.176

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

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 2011.

**Costos y gastos**

Estos conceptos representan los insumos y demás gastos causados durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 para la prestación de los servicios de salud.

**CUADRO 12**  
**CONFORMACIÓN DE COSTOS Y GASTOS**

<b>CUENTA</b>	<b>VALOR</b>
Gastos	20.779.105.889
Costos de Ventas y Operación	68.118.633.913
<b>TOTAL</b>	<b>88.897.739.802</b>

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Santa Clara III NA. ESE

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que fueron adecuadamente causados y el saldo de la cuenta alcanzado en el 2011 se encuentra razonablemente determinado.

### 3.3.1 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 Especializado como Coordinador del Área, tres (3) auxiliares y dos (2) asistentes, así mismo realiza conciliación de operaciones recíprocas, tiene definido procesos y procedimientos y tiene libros de contabilidad, sin embargo se observan las siguientes debilidades:

3.3.1.1 El hospital no ha adoptado un procedimiento administrativo a seguir para el recibo y registro de préstamos de proveedores por concepto de insumos hospitalarios en contravención al literal b, artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

3.3.1.2 La disposición del archivo de los documentos es deficiente ya que no existe el espacio suficiente para la organización del mismo en el área financiera incumpliendo con lo establecido en la Ley 594 de 2000.

#### 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.

3.3.1.3 Revisada la información de la facturación pendiente por radicar suministrada por la entidad en la vigencia 2011, este valor asciende a \$8.359.896.694 y la facturación pendiente de radicar de otras vigencias es de \$9.536.753 para un total de \$8.369.463.447, sin embargo, presenta diferencia según lo informado en los Estados Contables con corte a diciembre 31 de 2011, donde la facturación pendiente de radicar asciende a de \$5.931.339.893 situación que demuestra deficiencia en los controles para la centralización y unificación de la información de la entidad incumpliendo con el literal g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1983.

Durante la vigencia 2011 se realizó depuración de saldos que afectó la cuenta deudores en cuantía de \$522.171.843, al respecto se evidenció lo siguiente:

3.3.1.4 El párrafo No. 8 de los considerandos de la Resolución 562 de 30 de diciembre de 2011 mediante la cual se aprueba ficha de sostenibilidad contable de facturas de control de advertencia por valor de \$43.389.842, se refiere “*Que en el acta Nro. 07 de diciembre de 2011 el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable recomendó la aprobación de la partida incluida en la ficha técnica de facturas control de advertencia 2002, 2003 y 2004 de acuerdo a las actuaciones administrativas adelantadas y los conceptos técnicos y jurídicos emitidos para el efecto*” sin embargo, ni el acta Número 007 es del 22 de diciembre de 2011 ni en esta acta se trata el tema. De otra parte el registro contable adjunto presenta diferencia en el valor (\$43.326.193) respecto del valor de la Ficha técnica (\$43.389.842) Con lo anterior se evidencian deficiencias de control interno en contravención al literal g), artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.3.1.5 Adicionalmente se observa respecto del proceso de depuración contable que la entidad no es homogénea en sus procedimientos puesto que en algunos casos se emite Resolución aprobando ficha de saneamiento y concepto jurídico como en el caso de saneamiento de pagarés y en otros casos se realiza el saneamiento contable sin Resolución como el caso de la depuración contable en cumplimiento del artículo 6, depuración de cartera de las IPS Publicas de la Resolución 530 de 2010 del Ministerio de Protección Social incumpliendo el literal b), artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

En el área del pasivo

3.3.1.6 De las cuentas por pagar por concepto de adquisición de Bienes y Servicios (\$24.948.412.112) se evidencia que el 9% por valor de 2.245.357.090 tienen más de 360 días de antigüedad, verificado selectivamente se observa que algunas datan desde el año 2007 como es el caso de CARDIUM LTDA por un valor de \$14.022.855.

De otra parte se observa falta de depuración de algunas cuentas como el caso de CONSULTAF LTDA que no obstante existe conciliación entre las partes desde el 13 de mayo de 2008, la cuenta permanece en los registros contables, lo cual contraviene lo establecido en el literal g), Artículo 2 de la ley 87 de 1993.

3.3.1.7 A diciembre 31 de 2011 la cuenta 24251301 saldos a favor de beneficiarios en cuantía de \$179.521.094 conformado por beneficiario que no representan obligaciones ciertas para el hospital, toda vez que según información de la entidad, muchos son valores antiguos y ha sido difícil ubicar a los beneficiarios presentando incertidumbre en este valor por falta de depuración, incumpliendo el artículo 1 de la Resolución 001 de 2010 expedida por el Contador General de Bogotá.

En las cuentas de resultado:

Los ingresos y los gastos se registran oportunamente aplicando el principio de causación. No obstante lo anterior se evidencia falta de oportunidad en la respuesta a la glosa formulada por los diferentes pagadores.

### **Concepto 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 Santa Clara 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 Santa Clara 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 2011, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

### **3.4 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO**

La evaluación a la gestión realizada por el Hospital Santa Clara III NA ESE en el componente de Presupuesto, se llevó a cabo siguiendo los lineamientos establecidos en el Memorando de Encargo de auditoría, para lo cual se tomó una muestra selectiva de los rubros más representativos para ser evaluados tanto en la ejecución activa como en la ejecución pasiva, teniendo como base el presupuesto definitivo asignado.

#### **Liquidación del Presupuesto**

Mediante Resolución No. 022 del 26 de octubre de 2010 el Concejo Distrital de Política Económica y Fiscal – CONFIS aprueba el presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversión para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2011 por valor de \$102.021.000.000,00 mediante Acuerdo No. 180 del 15 de octubre del 2010 la Junta Directiva del Hospital Santa Clara III NA ESE, da concepto favorable al proyecto de presupuesto de acuerdo al siguiente detalle:

**CUADRO 13**  
**PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS E INVERSIÓN 2010**

RUBRO PRESUPUESTAL	PRESUPUESTO
Disponibilidad Inicial	0
Ingresos	102.021.000.000
Ingresos Corrientes	101.916.000.000
Transferencias	0
Recursos de Capital	105.000.000
<b>Total Ingresos más Disponibilidad Inicial</b>	<b>102.021.000.000</b>
Gastos	97.737.000.000
Gastos de Funcionamiento	19.500.000.000
Gastos de Operación	77.663.000.000
Inversión	574.000.000
Disponibilidad Final	4.284.000.000
<b>Total Gastos más Disponibilidad Final</b>	<b>102.021.000.000</b>

Fuente: Acuerdo 180 de JD del 2010 Hospital Santa Clara II I NA ESE

Mediante Resolución 425 del 29 de diciembre de 2010 el Gerente del hospital Santa Clara, liquidó el presupuesto para la vigencia de 2011 por valor de \$102.021.000.000. Adicionalmente, mediante Resolución No. 096 del 13 de abril de 2011 el gerente del hospital efectúa una adición por valor de \$3.906.001.966,00 en el presupuesto de rentas e ingresos aumentando la disponibilidad inicial, para un presupuesto definitivo de \$113.092.821.777,04

#### Modificaciones al Presupuesto

El Hospital Santa Clara III NA ESE, durante la vigencia evaluada llevo a cabo movimientos presupuestales, representados en: tres (3) adiciones entre los rubros de Ingresos y Gastos por valor de \$11.071. 821.777, una de ellas por valor de \$3.906.001.966,00 aumentando la disponibilidad inicial, cuatro (4) sustituciones modificando los Ingresos por valor de \$3.697.735.585,00 y ocho (8) traslados presupuestales modificando algunos rubros de los Gastos; dichas modificaciones están debidamente soportadas mediante las respectivas Resoluciones expedidas por el Gerente del Hospital. Teniendo en cuenta el incremento de la disponibilidad inicial, el presupuesto definitivo asciende a la suma de \$113.092.821.777,04.

#### Ejecución Activa

El presupuesto inicial aprobado para el Hospital Santa Clara en la vigencia 2011 fue de \$102.021.000.000,00, con las modificaciones efectuadas durante la vigencia aumentó la disponibilidad inicial en \$3.906.001.966,00; para un presupuesto definitivo de \$113.092.821.777.

**CUADRO 14  
COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS**

RUBRO	PTO. INICIAL	MODIFICACIONES		PTO. DEF.	RECAUDO	% EJEC
		ADICIONES	SUSTIT.			
Disponibilidad Inicial		3.906001.966	0	3.906.001.966	3.906.001.966	100
Ingresos	102.021.000.000	7.165.819.811	0	109.186.819.811	75.763.456.057	69.4
Ingresos Corrientes	101.916.000.000	7.165.819.811	0	109.081.819.811	75.723.722.549	69.4
Rec. De Cap.	105.000.000	0	0	105.000.000	39.733.508	37.8
Total Ingr. + Disp. Inicial	102.021.000.000	11.071.821.777	0	113.092.821.777	79.669.458.023	70.5

Fuente: Ejecución Presupuestal vigencia 2011 suministrada por el área de Presupuesto del hospital.

La facturación para la vigencia 2011, ascendió a \$106.956.573.589 equivalente al 91.99%, sin embargo la ejecución real en el proceso de recaudo solamente alcanzó el 70.45% que corresponde a un total de \$79.669.458.023.00, lo cual generó una deficiencia en la meta presupuestal programada.

En el informe de ejecución presupuestal de ingresos presentado por el hospital, la Venta de Bienes, Servicios y Productos se clasifica de la siguiente manera:

**CUADRO 15  
CLASIFICACION BIENES, SERVICIOS Y PRODUCTOS**

RUBRO	PTO. DEF.	RECAUDO	%
Venta Bienes, Servicios y Productos	106.369.423.058	73.088.535.359	68.71
FFDS. Atención Vinculados	41.293.250.355	33.326.336.043	80.71
Atención Prehospitalaria	329.000.000	57.330.878	17.43
FFDS Venta de Servicios sin situado de Fondos	3.008.569.456	3.008.569.456	100.00
Régimen Contributivo	1.980.224.218	960.849.254	48.52
Régimen Subsidiado – no Capitado	26.393.000.000	14.059.688.214	53.27
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT	936.455.410	936.455.410	100.00
FOSYGA	300.000.000	0	0
Cuotas Recuperación y Copagos – FFDS	2.017.904.501	2.017.904.501	100.00
Fondo de Desarrollo Local	280.000.000	129.853.969	46.38
Entes Territoriales	6.761.000.000	2.648.934.381	39.18
Otros Pagadores por Venta Servicios	331.640.089	108.522.654	32.72
<b>Cuentas por Cobrar Venta de Bienes, Servicios y Productos</b>	<b>22.738.379.029</b>	<b>15.834.090.600</b>	<b>69.64</b>
FFDS	7.483.476.158	3.399.346.514	45.42
Régimen Contributivo	1.358.730.142	1.358.730.142	100.00
Régimen Subsidiado	9.422.102.790	8.214.201.564	87.18
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT	335.000.000	187.985.547	56.12
Fondo de Desarrollo Local	47.511.001	47.511.001	100.00
Entes Territoriales	2.479.138.510	2.479.138.510	100.00
Otros pagadores por Venta de Servicios	1.612.420.428	147.177.322	9.13

Fuente: Ejecución Presupuestal vigencia 2011 suministrada por el área de Presupuesto del hospital

Dentro del proceso de recaudo, el rubro menos representativo corresponde a las Cuentas por Cobrar - Otros Pagadores por Venta de Servicios al cual pertenecen (Todos los entes particulares, entidades públicas y privadas, régimen especial, cualquier otro pagador diferente a los regímenes normales de aseguramiento), el cual contó con un presupuesto definitivo por valor de \$1.612.420.428, obteniendo un recaudo de \$147.177.322 equivalentes al 9.13%, situación que obedeció, entre otras, a que se

proyectó el recaudo de los mayores deudores (Hospitales la Victoria, el Tunal y Kennedy), los cuales no efectuaron pagos.

Teniendo en cuenta que la ley es clara en afirmar que no se puede negar la atención y las urgencias son vitales ya que prima la vida, no se puede negar el servicio, situación que incrementa las cuentas por cobrar; siendo esta la problemática general de la red hospitalaria.

Esta es la problemática general que se evidencia en la totalidad de pagadores, y teniendo en cuenta que un hospital no puede negar el servicio ya que prima la vida ante una urgencia vital y la ley es clara al afirmar que no se puede negar la atención, por lo que la ESE incurre en los gastos que requiera la atención.

El rubro Atención Prehospitalaria, con un presupuesto definitivo de \$329.000.000, recaudó \$57.330.878, equivalente al 17.43% al cual pertenece el (Servicio de ambulancias). El hospital cuenta con 2 ambulancias de más de 20 años de uso, las cuales para la vigencia evaluada 2011 permanecieron dañadas casi todo el año, lo que obligó a que no se renovaran durante varios periodos los contratos con el Fondo Financiero Distrital de Salud.

En cuanto al rubro Rendimientos por Operaciones Financieras, con un presupuesto definitivo de \$81.387.891 alcanzó un recaudo de \$16.121.399, equivalente al 19.81%, debido a que la prestación de los servicios de salud del hospital requieren cumplimiento inmediato, razón por la cual los recursos que ingresan son invertidos inmediatamente.

En la cuenta Venta de Bienes y Servicios, el rubro Entes Territoriales, con un presupuesto definitivo por valor de \$6.761.000.000 alcanzó un nivel de recaudo del 39.18% en razón a que durante la vigencia 2011 los entes territoriales en su gran mayoría no tienen disponibilidad presupuestal, por lo cual se debe presentar esta cartera a la procuraduría, proceso que dilata un poco el recaudo.

Igualmente, se evidencia que en varias oportunidades el Ministerio de la Protección Social se demora en realizar el desembolso por los tramites internos, como es el caso de los valores aprobados por las Resoluciones 5510 y 5441 de 2010 por medio de la cuales se asignan recursos para apoyar a las entidades territoriales y se establecen los procedimientos para su distribución y giro; desembolsos que fueron realizados al Hospital en diciembre de 2011.

Con relación al Régimen Subsidiado no Capitado, obtuvo un presupuesto definitivo por valor de \$26.393.000.000 y alcanzó un recaudo de \$14.059.688.214 equivalente al 53.27%, lo cual obedeció a la falta de pagos efectuados por las empresas que adeudan al hospital por la prestación de servicios de salud. Se

evidencia que los mayores deudores del hospital para la vigencia evaluada 2011 son: SOLSALUD con el 8.4%, CAPRECOM con el 7.12%, ECOPSOS con el 6.49% Y HUMANA VIVIR con el 6.20% del total de la cartera vigente a 31 de diciembre de 2011.

En cuanto al Régimen Contributivo con presupuesto definitivo de \$1.980.224.218, recaudó \$960.849.254, que equivale al (48.52%), se evidencia que el mayor deudor es la Nueva EPS, le sigue FAMISANAR con el 0.86%, HUMANA VIVIR con el 0.85 y CRUZ BLANCA con el 0.66%.

Con relación a las Cuentas por Cobrar el hospital proyectó recaudar \$22.738.379.029, alcanzando un valor de \$15.834.090.600, equivalente al 63.64%, debido, entre otras a, se programó el recaudo de los mayores deudores (Hospitales La Victoria, Tunal y Kennedy), sin embargo, por la situación económica que atraviesan, no efectuaron desembolsos. Las entidades privadas, Clínica Emmanuel y la Candelaria están en liquidación y en la vigencia 2011 no realizaron pagos.

Cuentas por Cobrar - Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS, con un presupuesto definitivo de \$7.483.476.158, efectuó recaudos por \$3.399.346.514, con un nivel de cumplimiento del 45.42%; este rubro corresponde a la glosa parcial provisionada por el FFDS, entidad que tiene atrasada la auditoría que debe realizar por intermedio de la Universidad de Antioquia, que no ha resuelto glosas desde abril del 2010, mientras el FFDS no agilice el proceso de auditoría no se pueden liberar recursos.

#### Ejecución Pasiva

El Hospital Santa Clara para la vigencia evaluada 2011, contó con un presupuesto disponible de \$113.288.664.904, distribuidos de la siguiente manera:

**CUADRO 16  
DISTRIBUCION DE LOS GASTOS**

RUBRO	PPTO. INICIAL	ADICIONES O REDUCCIONES	PPTO DISPONIBLE
Gastos de Funcionamiento	19.500.000.000	-942.265.838	18.557.734.162
Gastos de Operación	77.663.000.000	13.099.881.790	90.762.881.790
Inversión	574.000.000	3.198.205.825	3.772.205.825
Total Gastos + Disponibilidad Final	97.737.000.000		113.092.821.777

Fuente: Ejecución Presupuestal de la vigencia 2010 suministrada por el Hospital

La cuenta Gastos de Funcionamiento contó con un presupuesto definitivo por valor de \$18.557.734.162, de los cuales efectuó compromisos por valor de \$17.248.078.406 y el giro real fue de \$14.021.330.737 equivalente al 81.29%, quedando con compromisos por pagar por valor de \$1.309.655.756; en Gastos de Operación el presupuesto definitivo fue de 90.762.881.790, de los cuales el hospital comprometió \$89.474.083.165, quedando un saldo de apropiación por valor de \$1.288.798.625 y para Inversión el presupuesto definitivo fue de \$3.772.205.825, comprometiendo el 68.04% que corresponde a un valor de \$2.566.503.333; quedando compromisos por pagar por \$1.205.702.492.

El análisis se llevó a cabo evaluando los rubros de mayor representatividad frente al presupuesto asignado, para lo cual se tomó una muestra, tal como se evidencia a continuación.

**CUADRO 17**  
**MUESTRA SELECCIONADA PARA EVALUAR**

RUBRO	PTO. DISPONIBLE	COMPROMISOS	GIROS	%
<b>Gastos de Funcionamiento</b>	18.557.734.162	17.248.078.406	14.021.330.737	81.29
Remuneración Servicios Técnicos	2.658.707.000	2.594.739.422	2.573.222.463	99.17
Mantenimiento y Reparación	1.560.000.000	1.099.997.789	758.482.665	68.95
Cuentas por Pagar Funcionamiento	2.460.734.162	2.422.487.062	1.509.112.656	62.30
<b>Gastos de Operación</b>	<b>90.762.881.790</b>	89.474.083.165	61.119.851.135	<b>68.31</b>
Servicios Personales	10.305.021.329	10.112.050.415	10.112.050.415	<b>100.00</b>
Contratación Servicios Asistenciales	22.900.000.000	22.590.502.759	22.475.036.560	<b>99.49</b>
Cuentas por Pagar Comercialización	20.087.790.650	19.842.482.995	15.403.020.747	<b>77.63</b>
<b>Inversión</b>	<b>3.772.205.825</b>	2.566.503.333	1.459.438.205	<b>56.86</b>
Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria	1.463.835.768	416.742.298	10.090.887	<b>0.00</b>
Dotación	1.463.835.768	416.742.298	10.090.887	<b>0.00</b>
Integración de Subsistemas de Información	35.000.000	0	0	<b>0.00</b>
Plataforma Tecnológica	451.140.000	337.434.553	337.434.553	<b>100.00</b>
Cuentas por Pagar Inversión	1.812.370.057	1.812.326.482	1.111.912.765	<b>61.35</b>

Fuente: Ejecución Presupuestal a diciembre del 2011 Hospital Santa Clara III NA ESE

La cuenta Gastos de Funcionamiento contó con un presupuesto disponible por valor de \$18.557.734.162 de los cuales se giraron \$14.021.330.737, quedando saldo por pagar de \$3.226.747.669, que se traslada para la vigencia de 2012

debido a la falta de liquidez del hospital por la problemática que se viene presentando con las diferentes EPS y otros pagadores.

Para el rubro Remuneración Servicios Técnicos, el giro real fue de \$2.573.222.463,00 con cumplimiento del 99.17%, quedando pendiente un saldo por pagar por valor de \$21.516.959,00 debido a que al cierre de la vigencia algunos contratistas del área administrativa no presentaron la certificación de la prestación de los servicios para realizar el correspondiente pago.

Los rubros presupuestales “*Mantenimiento, Materiales y Suministros y Cuentas por Pagar Funcionamiento*”, alcanzaron un porcentaje de cumplimiento del 68.95%, 73.55% y 62.30% respectivamente; quedando saldos pendientes de pago debido al problema de liquidez que presenta el hospital.

En la cuenta **Gastos de Operación** que contó con un presupuesto disponible por valor de \$90.762.881.790 se giraron \$61.119.851.135 y quedo un saldo por pagar de \$28.354.232.030, el cual se traslada a la vigencia de 2012 debido a la falta de liquidez que se viene presentando en la Republica por la problemática con las diferentes EPS y otros pagadores.

Los rubros presupuestales “*Medicamentos, Materiales Médico Quirúrgicos, y Cuentas por Pagar Operación*”, alcanzaron un nivel de cumplimiento del 25.26%, 24.27% y 77.63% respectivamente, situación que según lo reflejado en el auxiliar de registros presupuestales por este concepto obedece a saldos pendientes de pago a los diferentes proveedores que contratan con el hospital.

El rubro Contratación de Servicios Asistenciales efectuó giros por valor de \$22.475.036.560, quedando pendiente por pagar \$115.466.199, saldo que obedece a que al cierre de la vigencia algunos contratistas del área asistencial no presentaron la certificación de la prestación de los servicios para realizar el correspondiente pago.

Para Gastos de Inversión, el hospital contó con un presupuesto disponible por valor de \$3.772.205.825 de los cuales se giraron \$1.459.438.205 que equivalen al 56.86%, quedando saldo por pagar de \$1.107.065.128, saldo que se traslada a la vigencia de 2012 debido por una parte a la falta de liquidez del hospital y por otra parte porque algunos de los proveedores no facturaron o entregaron los bienes al cierre de la vigencia.

El rubro Dotación con un presupuesto disponible por valor de \$1.463.835.768, fue el de menor porcentaje de cumplimiento con un 2.42% que corresponde a un giro de \$10.090.887, quedando unos compromisos por pagar debido a que los proveedores no llevaron a cabo la facturación correspondiente.

En cuanto al rubro de Integración de Subsistema de Información, con presupuesto definitivo de \$35.000.000, efectuó giros por valor de \$174.952 equivalentes al 4.6%, quedando un saldo pendiente de pago de \$3.625.048, por la falta de liquidez del hospital. Igual situación se evidencia en las Cuentas por Pagar Inversión para las cuales se giraron \$94.933.811, quedando saldo pendiente por valor de \$32.813.892.

Para el rubro Plataforma Tecnológica con un presupuesto definitivo de \$451.140.000 no se efectuaron compromisos y debido a la situación de liquidez que atraviesa la institución se tomó la decisión de no generar más obligaciones.

#### Cuentas por Pagar

El hospital dejó compromisos por pagar de vigencias anteriores por valor de \$24.360.894.869, para ser ejecutados en el periodo evaluado 2011 distribuidos de la siguiente manera:

**CUADRO 18**  
**DISTRIBUCION DE CUENTAS POR PAGAR**

CUENTA	VIGENTE	GIRO	COMPROMISOS POR PAGAR
Funcionamiento	2.460.734.162	1.509.112.656	913.374.406
Operación	20.087.790.162	15.403.020.747	4.439.462.248
Inversión	1.812.370.057	94.933.811	94.933.811
<b>TOTAL</b>	<b>24.360.894.869</b>	<b>17.007.087.214</b>	<b>5.447.770.465</b>

Fuente: Ejecución Presupuestal de Gastos Hospital Santa Clara III NA ESE

Se evidencian los siguientes saldos: en Funcionamiento \$913.374.406, Operación \$4.439.462.248 e Inversión \$94.933.811, que corresponden a los valores pendientes de pago de vigencias anteriores a los diferentes proveedores del hospital.

Luego de evaluada la ejecución presupuestal de Ingresos, Gastos y teniendo en cuenta que dentro del Plan de Desarrollo Institucional, se plantean objetivos estratégicos direccionados a *“Garantizar un modelo de sostenibilidad financiera eficiente”*, para el caso específico de las ESE que hacen parte de la red pública distrital, en donde la estrategia es *“mantener el equilibrio financiero”* a través de la diversificación para la generación de ingresos, el monitoreo de costos, la racionalización del gasto y el recaudo efectivo de la cartera, se efectuó el respectivo cálculo de acuerdo con lo establecido en la Resolución 0473 del 2008, tal como se evidencia a continuación:

**CUADRO 19**  
**CALCULO DEFICIT PRESUPUESTAL**

CONCEPTO	VALOR A 31 DE DIC.
<b>INGRESOS PRESUPUESTALES</b>	<b>113.092.821.777</b>
Recaudo del periodo (sin Convenios de Desempeño Condiciones Estructurales)	77.719.458.025
- Disponibilidad Inicial	3.906.001.966
- Cuentas por Cobrar	15.834.090.600
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>57.979.362.459</b>
<b>GASTOS Y/O COMPROMISOS PRESUPUESTALES</b>	
Compromisos de la vigencia	109.288.664.904
- Cuentas por Pagar	24.077.296.539
<b>TOTAL COMPROMISO NETO</b>	<b>85.211.368.365</b>
Equilibrio o Déficit Presupuestal	-27.232.002.906

Fuente: Ejecución Presupuestal de Gastos Hospital Santa Clara III NA ESE

3.4.1 De acuerdo con los principios presupuestales establecidos en el Estatuto Orgánico de Presupuesto y que aplican para las ESE y en especial el principio de la anualidad presupuestal, el cual establece que los recursos se ejecutan del 1o. de enero al 31 de diciembre, tanto en la ejecución activa como pasiva de la entidad; se observa que el resultado de dicha ejecución presupuestal obtuvo un déficit presupuestal de \$27.232.002.906, si se tiene en cuenta que registró ingresos recaudados por valor de **\$57.979.362.459**, una vez descontados los recursos por Convenios de Desempeño, la Disponibilidad Inicial y las Cuentas por Cobrar, ya que corresponden a saldos y recursos aforados de la anterior vigencia fiscal. De otra parte, el hospital asumió un total de compromisos presupuestales por **\$85.211.368.365**, teniendo en cuenta que se descontaron las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores; lo que deja ver que al cierre de la vigencia 2011 el hospital no obtuvo un equilibrio presupuestal, lo que pone en riesgo sus finanzas de acuerdo a los resultados de la gestión de los recursos que fueron aprobados para la respectiva vigencia fiscal, lo que contraviene lo establecido en el artículo 4 de la Resolución No. 0473 del 2008

#### Caja Menor

En cumplimiento al Decreto 061 del 14 de febrero de 2007, por medio del cual el Alcalde Mayor reglamenta el funcionamiento de las Cajas Menores, el Gerente del Hospital Santa Clara III NA ESE, mediante Resolución No. 016 del 10 de enero de 2003 creó y reglamentó el funcionamiento de las cajas menores en el hospital, con la Resolución 001 del 2 de enero de 2009 unificó y centralizó la caja menor, creó el Comité de Caja Menor y definió el valor total y los rubros presupuestales a afectar. La Resolución 002 del 4 de enero de 2010 da apertura a las cajas menores del hospital; estableciendo en su artículo primero la asignación por valor de \$35.000.000 y los rubros presupuestales a través de los cuales se pueden afectar los gastos ocasionados.

Los rubros a afectar corresponden a:

**CUADRO 20**  
**RUBROS A AFECTAR POR CAJA MENOR**

<b>CODIGO</b>	<b>RUBRO</b>	<b>VALOR \$</b>
3120108	Mantenimiento ESE	5.000.000
3120109	Combustibles y llantas	500.000
3120202	Impuestos, tasas y multas	500.000
3120103	Gastos computador	200.000
3120105	Gastos de transporte y comunicaciones	600.000
3120106	Impresos y publicaciones	2.100.000
3210201	Medicamentos	7.000.000
3210202	Material médico quirúrgico	8.000.000
3120110	Materiales y suministros administrativos	2.500.000
3120201	Sentencias judiciales	900.000
3210303	Suministro de alimentos	200.000
3210304	Adquisición de servicios de salud	2.000.000
3210301	Mantenimiento y equipos hospitalarios	5.000.000
3120203	Intereses y Comisiones	500.000
<b>TOTAL</b>		<b>35.000.000</b>

Fuente: Resolución 315 de 2011. Hospital Santa Clara.

Con Resolución No. 315 del 1 de septiembre de 2011 el Gerente del Hospital Santa Clara incrementa los rubros Mantenimiento ESE, Combustibles, Lubricantes y Llantas, Medicamentos, Material Médico Quirúrgico, Adquisición de Servicios de Salud. En la revisión efectuada a los gastos durante la vigencia 2011, se verificó el cumplimiento de lo establecido en la resolución, en lo relacionado con el valor a gastar mes a mes y que se cargarán a los rubros correspondientes; el total asignado a la caja menor de acuerdo a la Resolución antes señalada asciende a la suma de \$51.200.000,

**Productos, Metas y Resultados**

De acuerdo con los lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Hacienda, el Hospital Santa Clara tiene estructurado el Presupuesto, Metas y Resultados "PMR" mediante dos elementos denominados Objetivos y Productos, Se tomó una muestra del informe de productos reportado por el hospital como se evidencia en el siguiente cuadro:

**CUADRO 21**  
**PRODUCTOS, METAS Y RESULTADOS**

PRODUCTO E INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO
<b>Consulta Especializada</b> -Número de Consultas de Medicina especializada atendidas	93,434	104,682	112.0
<b>Urgencias</b> -Número de consultas atendidas en Urgencias	34.670	34.571	99.7
<b>Cirugía</b> -Número total de procedimientos quirúrgicos realizados por urgencias (sin incluir partos ni cesáreas)	2.430	2.961	121.8
<b>Hospitalización Medicina Especializada</b> -Número de egresos hospitalarios medicina especializada	13.572	13.108	96.5
<b>Nutrición</b> -Número de consultas atendidas en nutrición	1.904	1.903	99.9
<b>Salud Mental</b> -Número de consultas atendidas en psicología	11.316	9.968	88.1
<b>Apoyo diagnóstico y terapéutico</b> -Actividades totales de patología	4.060	4.406	108.5
<b>Servicio de Farmacia</b> -Promedio de medicamentos pendientes de entrega (mes)	120	45	37.7
-Cantidad promedio de medicamentos por fórmula	3	2.40	80.0
<b>Servicio de Ambulancia</b> -Número de servicios realizados	6.243	1.172	18.8
<b>Salud sexual y reproductiva</b> -Número de personas atendidas en programas de salud sexual y reproductiva.	43	143	332.6
<b>Promoción y Prevención</b> -Número de asesorías en lactancia materna	10	0	0
-Número de actividades de promoción y prevención	1.423	3.884	272.9
<b>Remisiones</b> -Porcentaje de pacientes remitidos a otros hospitales	4.0%	2.08%	51.8
<b>Productos especiales</b> -Número de pacientes VIH positivo atendidos	800	695	86.88
-Pacientes atendidos en endocrinología	3.028	2.928	96.70
<b>Salud Pública: Plan de Atención Básica</b> -Número de actividades Plan de Intervenciones Colectivas personas UEL	3.990	12.438	311.7

Fuente: Información estadística de PMR reportada por el Hospital

El cuadro anterior refleja la meta propuesta por el hospital, el indicador diseñado y el porcentaje de cumplimiento, evidenciando que el indicador como lo muestra el informe cuenta únicamente con una variable, que no permite establecer una medida, sin embargo se calculó el nivel de cumplimiento de acuerdo a los datos reportados, encontrando que el porcentaje de menor cumplimiento se presenta en el Servicio de Ambulancia con un 18.8%, seguido del Servicio de Farmacia con un 37.7%, así mismo se evidencian metas que superan el 200% como es el caso de Salud Pública, Plan de Atención Básica con un 311.7%; análisis que se observa en el componente de Plan de Desarrollo.

#### PLAN ANUAL DE CAJA

De acuerdo con los lineamientos establecidos en el Decreto 195 del 2007 el Hospital Santa Clara elaboró el PAC, en el cual se evidencia un cumplimiento

parcial de lo programado frente a lo realmente ejecutado, toda vez que se presentan saldos por recaudar al finalizar la vigencia 2011.

### Cierre Presupuestal

Se llevó a cabo la verificación de la información del cierre presupuestal efectuado por la Contraloría el 30 de diciembre de 2011 con la información reportada por el hospital mediante el aplicativo SIVICOF y directamente en el área Financiera, en la cual se solicitaron los últimos CDP y CRP expedidos en la vigencia 2011, así como los últimos contratos elaborados, último cheque girado y última orden de pago, de lo cual se concluye que la información reportada en la visita 30 de diciembre de 2011 no presenta modificaciones y que se siguieron los lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Hacienda.

### 3.5 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

La selección de los contratos para la ejecución de la auditoría, se orientó en el análisis de los procesos de contratación en cada una de sus etapas y su relación directa con el objeto misional. Para el desarrollo del proceso auditor se tomó una muestra selectiva extraída mediante método aleatorio simple que permitió la selección a evaluar que correspondió a \$5.115 millones.

En el ejercicio del proceso auditor, se tuvo en cuenta la competencia para contratar que en este caso es el Gerente de la ESE, sin embargo él podía delegar en: Subdirector Administrativo los contratos de mayor cuantía, Subdirector Administrativo los de menor cuantía y Subdirector Administrativo las órdenes de Servicio o de bienes cuando son de mínima cuantía, la evaluación se focalizó en el seguimiento y cumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por cada uno de los sujetos participantes en la relación contractual, relacionadas con las actividades desplegadas por las áreas de apoyo comprometidas (Talento Humano, Recursos Físicos, Mantenimiento y Jurídica), en cada una de las etapas del proceso (precontractual, contractual y poscontractual), evidenciándose inconvenientes de control interno (falencias en la consecución de la información) y de carácter legal (contravención a la actividad de seguimiento y control), en el entendido de presentar debilidades y/o desatinos en la supervisión frente al cumplimiento de sus funciones al no exigir a los contratistas observancia de las obligaciones y/o compromisos conexos con el objeto contractual, desde la fase del ciclo PHVA que correspondería al hacer y verificar.

#### ETAPA PRECONTRACTUAL

Son los acontecimientos que preceden el perfeccionamiento del contrato, en otras palabras es el periodo de obtención de información e instante de individualización

de carencias en la ESE, en este orden de ideas es el momento en que se concibe la planeación que conduce a identificar las necesidades, los objetivos y compromisos contractuales, su duración, disponibilidad de recursos y tipología a contratar.

## PLANEACIÓN

“...<sup>15</sup> El principio de planeación es una manifestación del principio de economía, consagrado en el artículo 25 de la Ley 80 de 1993, como se desprende de lo dispuesto en los numerales 6, 7 y 12 a 14 de esta disposición.

*El principio de planeación busca garantizar que la escogencia de los contratistas, la celebración, ejecución y liquidación de los contratos no sea producto de la improvisación; en consecuencia, en virtud de este principio, cualquier proyecto que pretenda adelantar una entidad pública debe estar precedido de estudios encaminados a determinar su viabilidad técnica y económica (...).*

*(...) La finalidad de las exigencias contenidas en los numerales 7 y 12 citados es que las entidades estatales, con antelación a la apertura del proceso de selección, o a la celebración del contrato, según el caso, tengan previamente definida la conveniencia del objeto a contratar, la cual la reflejan los respectivos estudios (técnicos, jurídicos o financieros) que les permitan racionalizar el gasto público y evitar la improvisación, de modo que, a partir de ellos, sea posible elaborar procedimientos claros y seguros que en el futuro no sean cuestionados. Su observancia resulta de suma importancia, en la medida que el desarrollo de una adecuada planeación permite proteger los recursos del patrimonio público, que se ejecutarán por medio de la celebración de los diferentes contratos”.*

*La planeación, por tanto, sin importar el régimen contractual al cual esté sometida una entidad pública, tiene dos expresiones normativas claras: la elaboración del plan de compras y el desarrollo de los estudios previos.*

*La planeación, entendida como la organización lógica y coherente de las metas y los recursos para desarrollar un proyecto, es pilar de la contratación estatal.*

*El Estado, al contratar bienes y servicios para garantizar el cumplimiento de los fines constitucionales, no solamente invierte los recursos públicos, sino que genera empleo y desarrollo en todos los niveles y sectores de la economía.*

*De allí la importancia de que esta actividad contractual sea el fruto de la planeación, el control y el seguimiento por parte de los servidores públicos.*

*Planear, en materia de contratación estatal, implica no sólo contar con un plan que consolide y priorice las adquisiciones de la entidad, con fundamento en las necesidades técnicamente diagnosticadas, sino que exige la realización de una serie de estudios y análisis orientados a establecer mecanismos económicos, transparentes y adecuados para satisfacer dichas necesidades.*

1830 - 2010

---

<sup>15</sup> Procurador General de la Nación ALEJANDRO ORDÓÑEZ MALDONADO; Recomendaciones para la elaboración de Estudios Previos Aplicación del Principio de Planeación en la Contratación de las Entidades Públicas

*El Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, en sentencia de 31 de agosto de 2006, Radicación R- 7664, se refirió también al principio de planeación en la contratación estatal, planteando lo siguiente:*

*“...Al respecto conviene reiterar que en materia contractual las entidades oficiales están obligadas a respetar y a cumplir el principio de planeación en virtud del cual resulta indispensable la elaboración previa de estudios y análisis suficientemente serios y completos, antes de iniciar un procedimiento de selección, encaminados a determinar, entre muchos otros aspectos relevantes:*

- i) La verdadera necesidad de la celebración del respectivo contrato.*
- ii) Las opciones o modalidades existentes para satisfacer esa necesidad y las razones que justifiquen la preferencia por la modalidad o tipo contractual que se escoja.*
- iii) Las calidades, especificaciones, cantidades y demás características que puedan o deban reunir los bienes, las obras, los servicios, etc., cuya contratación, adquisición o disposición se haya determinado necesaria, lo cual, según el caso, deberá incluir también la elaboración de los diseños, planos, análisis técnicos, etc.*
- iv) Los costos, valores y alternativas que, a precios de mercado reales, podría demandar la celebración y ejecución de esa clase de contrato, consultando las cantidades, especificaciones, cantidades de los bienes, obras, servicios, etc., que se pretende y requiere contratar, así como la modalidad u opciones escogidas o contempladas para el efecto.*
- v) La disponibilidad de recursos o la capacidad financiera de la entidad contratante para asumir las obligaciones de pago que se deriven de la celebración de ese pretendido contrato.*
- vi) La existencia y disponibilidad, en el mercado nacional o internacional, de proveedores...”.*

3.5.1 En los contratos de: Suministro de Medicamentos No.008 de 2011, Prestación de Servicios de Salud No.211 de 2011, Suministro de Gases Medicinales No. 158 de 2011, Arrendamiento de Bienes Muebles No.311 de 2011, Adquisición de Servicios de Salud No.037 de 2011, Prestación de Servicios de Vigilancia No. 176 de 2011, Prestación de Servicios Nos.430, 432 y 713 de 2011; Se observo falta de planeación, en el entendido de no evidenciarse estudios financieros que permitieran establecer el término de ejecución de los contratos de acuerdo con los recursos económicos de la ESE y así poder prevenir la eventual suscripción de adiciones y prorrogas, comportamientos que infringe el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, principio de planeación artículo 209 de la Constitución Política y numerales 6,7 12 a 14 del artículo 25 Ley 80 de 1993.

#### JUSTIFICACIÓN

3.5.2 En los contratos seleccionados se observo debilidad en los argumentos de justificación para la celebración de los mismos, toda vez que una cosa es la solicitud de elaboración de la manuscrito y otra muy diferente la justificación para contratar, que en otras palabras es la necesidad del servicios, incumpliendo así el literal b) del artículo 2 de la Ley 87/93.

## CONTROL

3.5.3 En el contrato de Suministros de Medicamentos No. 008 de 2011, se observo, que:

El contrato se suscribió el 20 de enero de 2011, y la solicitud de elaboración del contrato para el suministro de medicamentos es de enero de 2010.

En el cuadro comparativo de ofertas, no se ve selección objetiva en precios, toda vez que algunos de los participantes no ofertaron todos los medicamentos.

Las anteriores debilidades, transgreden el Literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

## ETAPA CONTRACTUAL

Son los preceptos de legalidad y perfeccionamiento de los acuerdos de voluntades, en otra palabras es el espacio en donde los extremos (partes) de la relación jurídica contractual se comprometen y asumen derechos y obligación, es en la ejecución de los contratos.

## EJECUCIÓN

3.5.4 En los contratos que a continuación se relacionaran, se evidencio iniciación de actividades sin el cumplimiento de algunos de los requisitos exigidos para su legalización como: pago de publicación y póliza por parte del contratista, requisitos trascendentales, toda vez que el primero es una obligación legal que se desarrolla una vez perfeccionado el contrato y su objetivo es permitir a los habitantes conocer su contenido y servir de mecanismo ineludible de lucha contra la corrupción y transparencia en la gestión pública y el segundo es la garantía y/o respaldo con el que cuenta la ESE en el evento de presentarse un incumplimiento por parte del contratista, su inobservancia transgrede el clausulado del contrato, la Ley 190 de 1995 y el principio de transparencia, (artículo 209 de la Constitución Política); los contratos observados son:

Contrato de Prestación de Servicios de Salud No. 211 de 2011, cláusula décima octava, expreso: el contrato se perfeccionamiento con la firma de las partes, certificado y registro presupuestal y la publicación; Lo observado es inicio de actividades 11 de julio de 2011 y publicación 14 de julio de 2011.

Contrato de Pólizas de Seguros No. 112 de 2011, cláusula décima octava estableció: el contratista debía pagar dentro de los cinco (5) días siguientes al perfeccionamiento del contrato los derechos de publicación; Lo evidenciado fue: suscripción 4 de abril de 2011, inicio 11 de mayo de 2011, publicación 13 de mayo de 2011.

Contrato de Suministro de Licencias No. 325 de 2011, la cláusula décima octava, señalo: el contrato se perfeccionamiento con la firma de las partes, certificado y registro presupuestal y la publicación; Lo visto es acta de inicio 30 de septiembre de 2011, publicación 4 de octubre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 432 de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 17 de enero de 2011, publicación 29 de junio de 2011, como se evidencia está se hizo el día anterior al vencimiento del plazo de ejecución.

Contrato de Adquisición de Servicios de Salud No. 325 de 2011, la cláusula décima manifestó: el contrato se perfeccionamiento con la firma de las partes, certificado y registro presupuestal y la publicación, lo observado fue: celebración 29 de septiembre de 2011, inicio 30 de septiembre de 2011, publicación 4 de octubre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 713 de 2011, suscripción 14 de febrero de 2011, Término de duración 14 de febrero al 30 de junio de 2011, iniciación 14 de febrero de 2011, expedición póliza 24 abril de 2012.

Contrato de Prestación de Servicios No. 425 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 17 de enero de 2011, publicación: 20 de junio de 2011, como se evidencia se hizo 10 días antes del vencimiento del plazo de ejecución.

Contrato de Prestación de Servicios No. 430 de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, inicio 5 de enero de 2011, póliza 17 de enero de 2011, publicación 29 de junio de 2011, un (1) día antes del vencimiento del plazo de ejecución.

Contrato de Prestación de Servicios No. 597 de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, inicio 5 enero de 2011, expedición póliza 17 de enero de 2011 no fue aprobada, publicación 22 de junio de 2011, ocho (8) días antes del vencimiento del plazo.

Contrato de Prestación de Servicios No. 411 de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, inicia 5 de enero, expedición póliza 17 de enero de 2011 no fue aprobada, publicación 20 de junio de 2011, diez (10) días antes del vencimiento del plazo.

Contrato de Prestación de Servicios No. 391 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, fecha expedición póliza 17 de enero de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 418 de 2011, suscripción e inicio 5 de enero de 2011, publicación 30 de junio de 2011, expedición póliza 24 de abril de 2012.

Contrato de Prestación de Servicios No. 413 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 17 de enero de 2011, publicación 18 de agosto de 2011, después de haberse vencido el plazo de ejecución.

Contrato de Prestación de Servicios No. 206 de 2011, suscripción 30 de junio de 2011, expedición póliza 25 de julio de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS001 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS002 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS003 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS004 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011.

Contrato de Adquisición de Servicios de Salud No. 032 de 2011, suscripción 31 de enero de 2011, término de duración cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la fecha de aprobación de las pólizas, expedición póliza 14 de febrero de 2011, acta de inicio 11 de febrero de 2011.

#### DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN

3.5.5 En los contratos de: Prestación de Servicios Nos. 328/10 y AS001, AS002, AS003, AS004, 391, 411, 413, 418, 425, 430, 432, 597, 713, de 2011, se observó que si bien es cierto en los clausulados de los mismos, se expresa que la supervisión estará a cargo de una determinada Subdirección, no deja de ser menos cierto que para definir y/o fijar responsabilidad se debe identificar el titular de la misma, incumplimiento del Literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

## SUPERVISIÓN

3.5.6 En los contratos seleccionados se observó debilidad en la Supervisión, toda vez que el instrumento de seguimiento y control diseñado y operado por la Administración (Acta de recibo Parcial) no es suficiente para dar por cumplida las funciones del supervisor contempladas en los párrafos 3, 5, 10 y 16 del numeral 3.3 del Manual de interventoría y Supervisión, que expresa:

“Organizar y llevar una agenda que registre toda actividad, instrucción o novedad relacionada con la supervisión asignada, así como el archivo documental del proyecto respectivo.

Verificar y presentar un informe mensual al ordenador del gasto, con copia al responsable de la oficina, área, dependencia o unidad Funcional a que corresponda sobre el avance, la calidad del trabajo o entrega de los bienes, por parte del contratista, y generar las recomendaciones necesarias que contribuyan a mejorar su desempeño del contratista.

Presentar un informe final y conclusiones de las actividades de las actividades de la interventoría.”

En otras palabras el documento denominado Acta de recibo Parcial, no supe el acatamiento de los compromisos asumidos por los supervisores y por ende se genera incertidumbre respecto del efectivo cumplimiento de las obligaciones conexas a los objetos contractuales; toda vez que el instrumento de seguimiento y control diseñado y operado en los procesos realizados por los contratistas se transfiere el punto de control al mismo. Comportamiento que podría poner en un eventual riesgo el control y la continuidad en la vigilancia del contrato, contraviniendo así la aplicación de los Principios de la Función Administrativa consagrados en el artículo 209 de la Carta Magna, en correlación con los literales d) y f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

## POLIZAS

3.5.7 En los contratos que a continuación se mencionan se observó retroactividad en la vigencia de las pólizas toda vez que inician antes de ser expedidas, de otra parte algunas de ellas no cumplen con el término de establecido en los clausulados de los mismos, así:

Contrato de Suministro de Medicamentos No. 008 de 2011, fecha de expedición de la póliza 21 de enero 2011 aprobación 26 del mismo mes y año, vigencia desde el 20 de enero de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios de Salud No. 211 de 2011, fecha de expedición de la póliza 8 de julio 2011 aprobación 11 de julio de 2011, ampara,

Cumplimiento: 8 julio de 2011 a 5 de marzo de 2012. Salarios 8 julio de 2011 a 5 de septiembre de 2014 y Calidad: 8 de julio de 2011 a 5 de septiembre de 2012, las vigencias de los amparos debería ir así: Cumplimiento: 8 julio de 2011 a 14 de marzo de 2012, Salarios: 8 julio de 2011 a 14 de septiembre de 2014 y Calidad: 8 de julio de 2011 a 14 de septiembre de 2012, toda vez que el contrato solo podía iniciar el 14 de julio de 2011, fecha en la cual se hizo el pago de publicación y por ende solo hasta ese día se cumplieron los requisitos de perfeccionamiento y legalización como lo establece la cláusula vigésima cuarta del contrato.

Contrato de Suministro de Material Medico Quirúrgicos No. 076 de 2011, fecha de expedición de la póliza 18 de marzo de 2011 aprobación 23 del mismo mes y año, ampara, Cumplimiento: 15 de marzo de 2011 a 15 octubre de 2011, Calidad: 15 de marzo de 2011 a 15 de abril de 2012; De otra parte las vigencias debería ir así: Cumplimiento: 15 de marzo de 2011 a 18 de octubre de 2011. Calidad: 15 de marzo de 2011 a 18 de abril de 2012. Puesto que el contrato solo podía iniciar el 23 de marzo de 2011, fecha en la cual se aprobó las garantías, por ende solo hasta ese día se cumplieron los requisitos de perfeccionamiento y legalización como lo establece la cláusula vigésima cuarta del contrato.

Contrato de Arrendamiento de Bienes Muebles No. 311 de 2011. De conformidad con la cláusula décima octava el contrato se perfecciona con la firma de las partes, certificado y registro presupuestal, publicación. Lo observado es que la póliza se expide 20 de septiembre 2011 y se aprueba el 21 de septiembre de 2011, publicación 21 de septiembre de 2011 por ende las vigencias debería ir así: Cumplimiento: 21 de julio de 2012 y Calidad: 21 de enero de 2013

Contrato de Prestación de Servicios No. 432 de 2011, de acuerdo con la cláusula décima octava la póliza de cumplimiento tendrá un término igual al de la ejecución del contrato y seis (6) meses más, término de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, inicio 5 de enero, lo observado es que la póliza se expide 17 de enero de 2011, no fue aprobada, en este orden de ideas las vigencias deberían ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 597 de 2011, inicio 5 enero de 2011, fecha de expedición póliza 17 de enero de 2011, no fue aprobada e inicia desde 5 enero de 2011; De otra parte no cumple con el término establecido que debería ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 411 de 2011, inicia 5 de enero, fecha de expedición póliza 17 de enero de 2011, no fue aprobada e inicia el 5 enero de 2011 de otra parte no cumple con el término establecido que debería ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 073 de 2011, expedición póliza 23 de marzo de 2011, aprobación 28 de marzo de 2011, inicio 11 marzo de 2011; De otra parte no cumplen con el término que debería ser: Cumplimiento: 28 de noviembre de 2011. Calidad: 28 de mayo de 2011 y Salarios y Prestaciones: 28 de mayo de 2012 toda vez que el inicio de actividades fue 28 de marzo.

Contrato de Prestación de Servicios No. 425 de 2011, fecha de expedición póliza 17 de enero de 2011, no fue aprobada, inicia 5 de enero de 2011; De otra parte no cumple con el término establecido, que debería ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 430 de 2011, fecha de expedición póliza 17 de enero de 2011, no fue aprobada inicia 5 de enero de 2011; De otra parte no cumple con el término establecido, que debería ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 312 de 201, fecha de expedición 29 de septiembre de 2011, aprobada en la misma fecha, inicia 11 septiembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 391 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, fecha expedición póliza 17 de enero de 2011 inicia el 5 enero de 2011, de otra parte no cumple con el término de vigencia establecido, que debería ir hasta el 30 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 418 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, expedición póliza 24 de abril de 2012 inicio 5 de enero de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 413 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, expedición póliza 17 de enero de 2011 inicio 5 enero de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 713 de 2011, suscripción 14 de febrero de 2011, expedición póliza 24 de abril de 2012 inicio 14 de febrero de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios de Salud No. 017 de 2011, suscripción 31 de enero de 2011, expedición póliza 16 de febrero de 2011, los amparos no cumplieron el término de vigencia que debería ser; Cumplimiento: 16 de febrero de 2012 a 8 de octubre de 2011 y Calidad 16 de febrero de 2011 a 22 de abril de 2012, toda vez que el certificado de Registro Presupuestal se expidió el 22 de febrero de 2011,

Contrato de Prestación de Servicios de Salud No. 431 de 2011, suscripción 19 de diciembre de 2010, expedición póliza 23 de diciembre de 2010, no cumple con el término establecido, que debería ir así: Cumplimiento hasta el 22 de agosto de

2012, Calidad: 22 de febrero de 2013 y Salarios y Prestaciones: 22 de febrero de 2015; Toda vez que la publicación se hizo el 22 de diciembre de 2011.

Contrato de Prestación de Servicios No. 206 de 2011, suscripción 30 de junio de 2011, expedición póliza 25 de julio de 2011 inicia el 14 julio de 2011, de otra parte no cumple con el término de vigencia establecido, que debería ir así: Cumplimiento: 14 de julio de 2011 a 25 de marzo de 2012, Calidad: 14 de julio de 2011 a 25 de septiembre de 2012.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS001 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011 no fue aprobada e inicia 5 de enero.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS002 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011 no fue aprobada e inicia 5 de enero.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS003 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011 no fue aprobada e inicia 5 de enero.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS004 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011 no fue aprobada e inicia 5 de enero.

Los anteriores comportamientos transgreden el Literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

#### INDEBIDA EJECUCIÓN

En la ESE se observó, que algunos contratos cumplieron su plazo de ejecución y posteriormente se cumplieron los requisitos de ejecución; En este orden de ideas se legalizan obligaciones adquiridas que previamente no estaban soportadas, de otra parte la entidad no cuestiona la ausencia de los requisitos que estaban dificultando la adecuada ejecución de los contratos, lo descrito presume incumplimiento del literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.5.8 En los contratos que continuación se relacionarán se observa: indebido incumplimiento de la ejecución de los mismos y legalización de hechos cumplidos, trasgrediendo así el artículo 6 de la Constitución Política, Art. 23 del Manual Contratación del Hospital, literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 34 Código Único Disciplinario Ley 734/02.

Contrato de Prestación de Servicios No. 713 de 2011, suscripción 14 de febrero de 2011, Término de duración 14 de febrero al 30 de junio de 2011, iniciación 14 de febrero de 2011, de acuerdo con la cláusula décima octava. “El contratista se obliga a favor HOSPITAL SANTA CLARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO a constituir póliza de cumplimiento en una compañía legalmente establecida, por el termino de ejecución del contrato y seis (6) meses mas”; Acta de Liquidación 10 de julio de 2011. Lo observado es el incumplimiento de la cláusula antes citada, toda vez que de acuerdo con la respuesta suministrada por el Hospital, mediante oficio No. OCIG/126 de fecha 6 de marzo de 2012, se informa que la “Póliza de cumplimiento, No fue suministrada por el área de Talento Humano”.

Así mismo con oficio No. OCIG/140 de fecha 12 de marzo de 2012, la Administración informa que: “...Póliza del contrato No AS713/2011 que corresponde al contratista el Dr. DENIZ MARTINEZ ARTURO ALEJANDRO no reposa en su hoja de vida.” En ese orden de ideas se evidencia la ejecución del contrato sin el debido respaldo de cumplimiento por parte del contratista. De otra parte con oficio ATH-207/2012 la ESE manifiesta “...me permito informar que no hay Póliza del contrato...”. Aunado a todo lo anterior se encuentra en el Sistema de Gestión de Calidad, consignado en el Proceso. Gestión Jurídica. Procedimiento Supervisión e intervención de los contratos. Numeral 4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES. NUMERAL 4.4. Contenido del acta de inicio se expresa que uno de los ítems a tener en cuenta es la fecha de aprobación de las pólizas.

Posteriormente con oficio OCIG/216 de fecha 25 de abril de 2012, la Administración hace entrega de la póliza de cumplimiento No. 21-44-101111930 de fecha de expedición 24 abril de 2012. En este orden de ideas el contratista, no cumplió con la obligación de constituir la póliza que amparara el cumplimiento, requisito previsto en el artículo 41 del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, que establece: Para la ejecución se requerirá de la aprobación de la garantía, el anterior incumplimiento generó riesgo para la ESE por cuanto en este lapso no habría lugar a reclamaciones y el hospital tendría que asumir cualquier eventualidad correspondiente al objeto del contrato.

Contrato de Prestación de Servicios No. 418 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, de acuerdo con la cláusula décima octava. “El contratista se obliga a favor HOSPITAL SANTA CLARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO a constituir póliza de cumplimiento en una compañía legalmente establecida, por el termino de ejecución del contrato y seis (6) meses mas”; acta de Liquidación 10 de julio de 2011, Lo observado es el incumplimiento de la cláusula antes citada, toda vez que de acuerdo con la respuesta suministrada por el Hospital, mediante oficio No OCIG/152 del 15 de marzo de 2012, la ESE manifiesta “...No hay soporte físico de la Póliza”. Aunado a todo lo anterior se encuentra en el Sistema de Gestión de Calidad, consignado en

el Proceso. Gestión Jurídica. Procedimiento Supervisión e intervención de los contratos. Numeral 4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES. NUMERAL 4.4. Contenido del acta de inicio se expresa que uno de los ítems a tener en cuenta es la fecha de aprobación de las pólizas.

Posteriormente con oficio OCIG/216 de fecha 25 de abril de 2012, la Administración hace entrega de la póliza de cumplimiento No. 21-44-101033792 de fecha de expedición 24 abril de 2012. En este orden de ideas el contratista, no cumplió con la obligación de constituir la póliza que amparara el cumplimiento, requisito previstos en el artículo 41 del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, *que* establece: Para la ejecución se requerirá de la aprobación de la garantía, el anterior incumplimiento genero riesgo para la ESE por cuanto en este lapso no habría lugar a reclamaciones y el hospital tendría que asumir cualquier eventualidad correspondiente al objeto del contrato.

Prestación de Servicios No. 413 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, plazo de ejecución 5 de enero al 30 de junio de 2011, publicación 18 de agosto de 2011, fecha posterior al vencimiento del plazo de ejecución.

#### INCUMPLIMIENTO OBLIGACIONES

3.5.9 En los siguientes contratos se observó desacato de algunas de las obligaciones por parte de los contratistas.

Contrato de Pólizas de Seguros No. 112 de 2011: suscripción 4 de abril de 2011, inicio 11 de mayo de 2011, publicación 13 de mayo de 2011, incumpliendo de la cláusula décima octava que establece el contratista debía pagar dentro de los cinco (5) días siguientes al perfeccionamiento del contrato los derechos de publicación.

Contrato de Prestación de Servicios No. 713 de 2011, suscripción 14 de febrero de 2011, término de duración 14 de febrero al 30 de junio de 2011, iniciación 14 de febrero de 2011, de acuerdo con la cláusula décima octava. “El contratista se obliga a favor HOSPITAL SANTA CLARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO a constituir póliza de cumplimiento en una compañía legalmente establecida, por el termino de ejecución del contrato y seis (6) meses mas”; Acta de Liquidación 10 de julio de 2011. Lo observado es que la póliza se suscribió después de haberse cumplido el término de ejecución (24 abril de 2012).

Contrato de Prestación de Servicios No. 418 de 2011, suscripción 5 de enero de 2011, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, de acuerdo con la cláusula décima octava. “Lo observado es que la póliza se suscribió después de haberse cumplido el término de ejecución (24 abril de 2012).

Los comportamientos antes descritos transgreden el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.5.10 En los siguientes contratos se observó:

Contrato de Prestación de Servicios No. 713 de 2011, contratista: Arturo Alejandro Deniz Martínez, contratante: José Rafael Domínguez Ayala, suscripción 14 de febrero de 2011, objeto: realizar actividades de médico especialista Cirujano Plástico, valor: \$108'000.000, término de duración 14 de febrero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 24 de abril de 2012 no fue aprobada, publicación 14 de noviembre de 2011; lo observado es que: el 23 de junio de 2011 se suscribió otrosi, adicionando el valor en la suma de \$1'740.000, sin justificación.

Contrato de Prestación de Servicios No. 432 de 2011, contratista: Ella Patricia Camargo Flórez, contratante: José Rafael Domínguez Ayala, suscripción 5 de enero de 2011, objeto: realizar actividades por modalidad de prestación de servicios como médico especialista Pediatra-Nefróloga, valor: \$131'976.000, fecha expedición póliza 17 de enero de 2011 no fue aprobada, publicación 29 de junio de 2011; lo observado es que: el 23 de junio de 2011 se suscribió otrosi, adicionando el valor en la suma de \$2'664.000, sin justificación.

Contrato de Prestación de Servicios No. 430 de 2011, contratista: Armando León Villanueva contratante, contratante: José Rafael Domínguez Ayala, suscripción: 5 de enero de 2011, objeto: realizar actividades como médico Especialista Pediatría, valor: \$117'924.000, fecha expedición póliza 17 de enero de 2011 no fue aprobada, publicación 29 de junio de 2011; lo evidenciado fue que: El 23 de junio de 2011, se suscribe otrosi, adicionando el valor en la suma de \$14'446.000, sin justificación.

Contrato de Prestación de Servicios No. AS004 de 2011, contratista: David Armando Calderón Castellanos, José Rafael Domínguez Ayala, suscripción 5 de enero de 2011, objeto: realizar actividades como auxiliar camillero, valor: \$6'030.000, término de duración 5 de enero al 30 de junio de 2011, expedición póliza 14 de julio de 2011 no fue aprobada; lo evidenciado fue que: El 23 de junio de 2011, se suscribe otrosi, adicionando el valor en la suma de \$453.852, sin justificación.

Los comportamientos antes enunciados transgreden los literales a), d) y e), del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

#### ETAPA POSCONTRATUAL

Se da cuando finaliza el cumplimiento del objeto contractual y las actividades propias al mismo, en otra palabras es el momento en el que a través del acta de

liquidación se concretan las obligaciones y se saldan las cuentas de las partes intervinientes en el acuerdo de voluntades.

### INFORMACIÓN

3.5.11 En los contratos de: Suministro de Medicamentos No. 008 de 2011, Suministro de Gases Medicinales No.158 de 2011, Suministro de Material Médico Quirúrgicos No.076 de 2011, Prestación de Servicios No.432 de 2011, Adquisición de Servicios de Salud No.037 de 2011, Prestación de Servicios Vigilancia No.176 de 2011, Prestación de Servicios No.713 de 2011, Prestación de Servicios No.425 de 2011, Prestación de Servicios No.430 de 2011, Prestación de Servicios No.597 de 2011, Prestación de Servicios No.411 de 2011, Prestación de Servicios No.391 de 2011, Prestación de Servicios No.418 de 2011, Prestación de Servicios No.413 de 2011, Servicios de Salud No.017 de 2011, Servicios de Salud No.328 de 2010, Prestación de Servicios No.206 de 2011, Prestación de Servicios No. AS001 de 2011, Prestación de Servicios No. AS002 de 2011, Prestación de Servicios No. AS003 de 2011, Prestación de Servicios No. AS004 de 2011 y Adquisición de Servicios de Salud No.032 de 2011; lo observado es la frágil información que se reporta en la actas de liquidación, toda vez que lo reportado en ellas es la relación matemática de las cuentas, dejando de lado lo relativo al cumplimiento y desempeño del objeto contractual y de las obligaciones conexas al mismo, Literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

### SOPORTES

En los siguientes Prestación de Servicios de Salud No. 211 de 2011, Suministro de Licencias No.325 de 2011, Prestación de Servicios No.073 de 2011 y Prestación de Servicios No.312 de 2011; no se encontró documento soporte de acta de liquidación

### CONTROL INTERNO

3.5.12 En los contratos seleccionados se observaron fallas de control interno en el manejo de la información, toda vez que la documentación facilitada por la Administración no fue suficiente para adelantar el seguimiento y análisis de la etapa de ejecución de los mismos, incumpliendo lo establecido en los literales d) y e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

## 3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

### 3.6.1 Evaluación Plan de Desarrollo

De acuerdo con los lineamientos PAE 2012, del memorando de planeación y con base en los principios de la Gestión Fiscal se emite concepto sobre la gestión adelantada por el Hospital Santa Clara III NA ESE, frente a la ejecución del Plan

de Desarrollo, en relación con el cumplimiento de los objetivos, políticas, programas, metas y proyectos prioritarios.

En cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional, durante la vigencia 2011, la apropiación final del presupuesto del Hospital Santa Clara asciende a \$113.092.821.777.04 de los cuales \$18.557.734.162 corresponden a funcionamiento; \$90.762.881.790 para gastos de operación y \$3.772.205.825 a gastos de inversión.

La fuente de mayor participación dentro del recaudo de Venta de Servicios en el Hospital es el Fondo Financiero Distrital de Salud FFDS, atención a vinculados recaudó \$40.804.085.122 que corresponde al 95,31%, FFDS régimen contributivo recaudó \$2.788.644.401 que refleja el 93.29%, FFDS Venta de servicios sin situación de fondos recaudó \$2.677.583.330, que corresponde al 89%; Fosyga recaudó \$520.525.261 que corresponde al 99.78%.

A 31 de diciembre de 2011, el Hospital Santa Clara III NA ESE efectuó giros por valor de \$76.173.394.892 equivalente al 99.44% del total comprometido.

En cumplimiento del Acuerdo 308 de 2008, por medio del cual se adopta el “Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C, 2008-2012 “Bogotá Positiva: Para vivir mejor”, del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, la Junta Directiva del Hospital Santa Clara en sesión ordinaria aprobó el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2009-2012 mediante Acta de Comité de Junta Directiva número 143 de marzo 6 de 2009 el cual se encuentra en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital.

El Plan de Desarrollo del Hospital corresponde a las políticas nacionales y distritales de salud y los Planes Operativos Anuales (POA) se articulan con los objetivos, ejes estructurantes, proyectos y metas del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2008-2012 “Bogotá Positiva para Vivir Mejor”, en concordancia con los objetivos del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Las políticas de la ESE son: Calidad, Seguridad del paciente, Ambiental.

El hospital estableció cinco (5) objetivos estratégicos que apuntan al cumplimiento de cada uno de los procesos, así: 1) Conservar y restablecer la salud a través de acciones asistenciales, docentes, e investigativas a nivel individual, familiar y colectivo; 2) Fortalecer el desarrollo institucional a través del sistema integrado de gestión para evidenciar la mejora continua en cada uno de los procesos; 3) Fomentar e integrar los procesos de participación social y comunitaria apoyando las acciones de las redes sociales para mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus familias; 4) Propender por el desarrollo del talento humano competente y

comprometido con los principios institucionales y 5) Mantener el equilibrio financiero a través del fortalecimiento de la gestión, que garantice la sostenibilidad.

#### Plan Operativo Anual - POA 2011

La Junta Directiva del Hospital mediante el Acuerdo No. 188 de 14 de abril de 2011 aprobó los Planes Operativos Anuales POA para la misma vigencia. En total se aprobaron 225 metas, así:

**CUADRO 22**  
**PROCESOS - METAS POA**  
**Enero-Diciembre 2011**

PROCESOS	No. METAS	TOTAL
Estratégicos	21	21
Misionales	85	85
De Apoyo	96	96
De Control	23	23
<b>TOTAL METAS</b>		<b>225</b>

Fuente: Oficina de Planeación Hospital Santa Clara 2012.

Cada Plan Operativo Anual (POA), es aprobado anualmente por la junta directiva y está orientado al cumplimiento de los objetivos estratégicos, su gestión se mide trimestralmente mediante los indicadores establecidos y los avances son presentados en comité directivo. El seguimiento a la Agenda Estratégica se realiza en la oficina de Estadística en donde se consolida el total de las metas de cada dependencia del hospital, los controles que se le realizan y se alimenta de la información que entregan los líderes de la UFEN (Unidad Funcional Estratégica de Negocios), información que arroja el sistema clínico suite y el seguimiento a los RIPS desde el ingreso del paciente, la relación de envío, las mallas validadoras, la validación del egreso del paciente, facturación hasta la radicación de la cuenta

En el informe se señala la meta, el resultado del indicador establecido en la meta, el porcentaje de cumplimiento anual con respecto a la meta establecida y análisis del indicador. En este informe se reporta el cumplimiento de las diferentes metas y en el consolidado señalan cumplimiento en promedio del 94.1%.

En el Informe de Plan de Desarrollo, el hospital Santa Clara presenta la gestión de acuerdo con los procesos: Estratégicos, Misionales, Apoyo y Control Evaluación desagregadas por gestión estratégica, gestión de calidad, procesos misionales: servicio ambulatorio, UFEN (Unidad Funcional Estratégica de Negocios) hospitalización, salud mental, cirugía y hemodinamia, proceso apoyo terapéutico, atención al usuario, docencia, procesos de apoyo, gestión financiera, apoyo gestión jurídica, gestión de mercadeo, gestión de mantenimiento, gestión de informática, gestión de biotecnología, gestión corporativa, gestión de mejora

hotelera, gestión documental y archivo de historias clínicas, procesos de evaluación y control, control interno disciplinario.

3.6.1.1 Una vez analizado el acuerdo 188 de 2011, se evidencia inconsistencia en las fechas de la primera y última hoja ya que inicia con el 14 de abril de 2011 y en la última señala el 24 de marzo de 2011, situación que genera incertidumbre en la información del hospital y contraviene lo establecido en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.6.1.2 En el seguimiento al POA 2011, se evidencian debilidades en el planteamiento y seguimiento de metas establecidas en los planes de acción de las dependencias de la ESE, mediante la agenda estratégica, al no permitir su evaluación y análisis lo que dificulta el adecuado seguimiento de la gestión del Hospital Santa Clara e incumple lo normado en literal b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.

#### Capacidad instalada

3.6.1.3 De acuerdo con la capacidad instalada del hospital en Consulta Externa de Enero-Diciembre 2011 contó con 25 consultorios para un total de 55.958 horas consultorio disponible; sin embargo, el total de horas consultorio utilizadas fue de 30.129 para un porcentaje de ocupación del 54%, situación que impacta en los resultados de la gestión del Hospital y en la atención directa a la población pobre y vulnerable, al no lograr la optimización de la capacidad instalada institucional incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.

Durante la vigencia 2011, el hospital reportó capacidad instalada en Quirófanos de: Quirófanos: 3; Horas disponibles quirófano programadas: 10.910; Quirófanos Cirugía de Urgencias: 1; Horas disponibles Quirófano Urgencias: 6.552 y reportó un total de tiempo muerto en salas del 17%.

#### Indicadores de Gestión

3.6.1.4 De acuerdo con el análisis a los indicadores de gestión que el Hospital Santa Clara presenta mediante la agenda estratégica, la entidad incumplió para la vigencia 2011, el objetivo 5: *“Mantener el equilibrio financiero a través del fortalecimiento de la gestión, que garantice la sostenibilidad”* a través de la diversificación para la generación de ingresos, el monitoreo de costos, la racionalización del gasto y el recaudo efectivo de la cartera, obteniendo un desequilibrio económico, situación que incide en la gestión del hospital y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional lo cual contraviene los principios del proceso de planeación y consistencia establecidos en el artículo 3º de la Ley 152 de 1994 y en el literal b) y h) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

A continuación se detallan algunas de las consultas realizadas en el hospital y el comparativo de las vigencias 2010 – 2011, encontrándose lo siguiente:

**CUADRO 23**  
**CONSULTA EXTERNA SEGÚN ESPECIALIDAD**  
**Enero-Diciembre 2010-2011**

CONSULTAS REALIZADAS	ENE-DIC 2010	ENE-DIC 2011	VARIACION 2010-2011	% VARIACION
Especialidades Quirúrgicas	23.813	27.293	3.480	14.6%
Especialidades Médicas	39.198	47.592	8.394	21.4%
<b>TOTAL CONSULTA ESPECIALIZADA</b>	<b>63.011</b>	<b>74.885</b>	<b>11.874</b>	<b>18.8%</b>
Otras Consultas Nutrición, Optometría, Asesorías VIH.	3.084	3.309	225	7.3%
<b>TOTAL CONSULTA EXTERNA REALIZADA</b>	<b>66.095</b>	<b>78.194</b>	<b>12.099</b>	<b>18.3%</b>

Fuente: Oficina de Planeación Hospital Santa Clara 2012.

De acuerdo con la información suministrada por el hospital, se evidencia aumento en la consulta de un año a otro, se observa variación del 21.4% en especialidades médicas y del 14.6% en especialidades quirúrgicas en la vigencia 2011 con relación al 2010.

**CUADRO 24**  
**CONSULTA EXTERNA**  
**REALIZADA POR ESPECIALIDAD MEDICA**  
**Enero-Diciembre 2010-2011**

CONSULTA EXTERNA REALIZADA	ENE-DIC 2010	ENE-DIC 2011	VARIACION 2010-2011	% VARIACION
Cardiología	4.355	6.984	2.629	60.4%
Gastroenterología	1.035	3.109	2.074	200.4%
Neurología adultos	3.803	5.441	1.638	43.1%
Neumología adultos	5.514	6.643	1.129	20.5%
Cardiología pediátrica	845	1.675	830	98.2%
Nefrología pediátrica (Abril 2011)	472	977	505	107.0%
Neurología pediátrica	876	1.262	386	44.1%
Gastroenterología pediátrica (Ago 2011)	230	548	318	138.3%
Toxicología	214	407	193	90.2%
Fisiatría	1.560	1.742	182	11.7%
Endocrinología	2.753	2.928	175	6.4%
Electrofisiología cardiaca	412	4343	22	5.3%
Clínica del sueño	394	398	4	1.0%
Infectología pediátrica	115	82	-33	-28.7%
Neumología pediátrica	3.238	3.147	-91	-2.8%
Reumatología pediátrica	171	70	-101	-59.1
Consulta VIH	614	506	-108	-17.6%
Pediatría	2.820	2.575	-245	-8.7%
Dermatología	3.170	2.897	-273	-8.6%
Medicina Interna	6.607	5.767	-840	-12.7%
<b>TOTAL ESPECILIDADES MEDICAS</b>	<b>39.198</b>	<b>47.592</b>	<b>8.394</b>	<b>21.4%</b>

Fuente: Oficina de Planeación Hospital Santa Clara 2012.

3.6.1.5 Al analizar la producción de Consulta Externa realizada por especialidad médica durante las vigencias 2010-2011 se evidencia variación negativa en las consultas de Reumatología pediátrica al pasar de 171 en el 2010 a 70 consultas en el 2011 equivalente al -59.1%; Infectología pediátrica al pasar de 115 consultas en el 2010 a 83 consultas en el 2011 que corresponde al -28.7%; igual situación se evidencia en las especialidades de Consulta VIH (-17.6%) y Medicina Interna (-12.7%) lo cual incumple el Plan de Desarrollo Institucional y contraviene lo normado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

#### Giro cama

El hospital presentó como meta 3 *“Mantener el giro cama mayor o igual a 4.0 en cada servicio de la UFEN Hospitalización (Cuidado Intensivo Adulto, Cuidado Intermedio Adulto, Cuidado Intensivo de Pediatría, Cuidado Intermedio de Pediatría, Medicina Interna, Pediatría y Hospitalización Cirugía)”* con el siguiente resultado:

**CUADRO 25**  
**GIRO CAMA > ó 4.0**  
**Enero-Diciembre 2011**

SERVICIO	AÑO 2011
UCIS ADULTOS	3.8
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	4.1
UCI-P	3.2
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	3.0
H. PEDIATRÍA	7.7
H.-QX	5.0
MEDICINA INTERNA	6.6

Fuente: Oficina de Planeación Hospital Santa Clara 2012.

Así mismo, el hospital señala *“El giro cama de los servicios hospitalarios fue de 5.5 que corresponde a un nivel aceptable, aún teniendo en cuenta las estancias prolongadas de pacientes en abandono social y de pacientes con múltiples patologías complejas de larga estancia. El porcentaje ocupacional de los servicios hospitalarios fue del 99.3%, aceptable para la ocupación de las camas, hay que tener cuenta las fluctuaciones en la demanda, la inhabilitación de camas por infecciones o por mantenimiento según necesidad, las estancias prolongadas de pacientes en abandono social y de pacientes con múltiples patologías complejas de larga estancia”*

3.6.1.6 En la UFEN Hospitalización el hospital señala la meta 3 *“Mantener el giro cama mayor o igual a 4.0 en cada servicio de la UFEN Hospitalización”* donde se evidencia inadecuada formulación del indicador, lo cual no permite establecer una medida real, al señalar mayor o igual a 4.0, situación que incide en el seguimiento de la gestión del Hospital Santa Clara e impide tener datos confiables, en contravía de lo establecido en el literal d) artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Cumplimiento de metas

Del seguimiento a las 225 metas establecidas en el POA 2011, se evidenció lo siguiente:

3.6.1.7 En el informe de Gestión 2011 CB1090, página 115 el Hospital señala la meta 1 de Docencia: “A diciembre de 2011 el Hospital Santa Clara habrá realizado la Autoevaluación institucional para la acreditación como Hospital Universitario de acuerdo a la normatividad vigente”; meta 2: “Propender por la educación continuada en docencia universitaria para el personal docente, capacitando el 50% de los docentes restantes”, como resultado del indicador establecido en la meta reportan “0” en ambos casos y en el porcentaje de cumplimiento del año evaluado con respecto a la meta establecida: “0%” lo cual señala falta de gestión del hospital en estas metas e incumple lo preceptuado en el literal b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Hacienda, el Hospital Santa Clara tiene estructurado el Presupuesto, Metas y Resultados “PMR” mediante dos elementos denominados Objetivos y Productos, Se tomó una muestra del informe de productos reportado por el hospital como se evidencia en el siguiente cuadro:

**CUADRO 26  
PRODUCTOS, METAS Y RESULTADOS 2011**

PRODUCTO E INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO
<b>Consulta Especializada</b> -Número de Consultas de Medicina especializada atendidas	93,434	104,682	112.0
<b>Urgencias</b> -Número de consultas atendidas en Urgencias	34.670	34.571	99.7
<b>Cirugía</b> -Número total de procedimientos quirúrgicos realizados por urgencias (sin incluir partos ni cesáreas)	2.430	2.961	121.8
<b>Hospitalización Medicina Especializada</b> -Número de egresos hospitalarios medicina especializada	13.572	13.108	96.5
<b>Nutrición</b> -Número de consultas atendidas en nutrición	1.904	1.903	99.9
<b>Salud Mental</b> -Número de consultas atendidas en psicología	11.316	9.968	88.1
<b>Apoyo diagnóstico y terapéutico</b> -Actividades totales de patología	4.060	4.406	108.5
<b>Servicio de Farmacia</b> -Promedio de medicamentos pendientes de entrega (mes)	120	45	37.7
-Cantidad promedio de medicamentos por formula	3	2.40	80.0
<b>Servicio de Ambulancia</b> -Número de servicios realizados	6.243	1.172	18.8
<b>Salud sexual y reproductiva</b> -Número de personas atendidas en programas de salud sexual y reproductiva.	43	143	332.6
<b>Promoción y Prevención</b> -Número de asesorías en lactancia materna	10	0	0
-Número de actividades de promoción y prevención	1.423	3.884	272.9

PRODUCTO E INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO
<b>Remisiones</b>			
-Porcentaje de pacientes remitidos a otros hospitales	4.0%	2.08%	51.8
<b>Productos especiales</b>			
-Número de pacientes VIH positivo atendidos	800	695	86.88
-Pacientes atendidos en endocrinología	3.028	2.928	96.70
<b>Salud Pública: Plan de Atención Básica</b>			
-Número de actividades Plan de Intervenciones Colectivas personas UEL	3.990	12.438	311.7

Fuente: Información estadística de PMR reportada por el Hospital Santa Clara 2011

Se tomó como muestra de los indicadores señalados en el PMR: número de personas atendidas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; Número de actividades de Promoción y Prevención; Número de actividades VIH/SIDA por promoción y prevención; Giro de cama hospitalización; Metas de actividades Plan de Intervenciones Colectivas Personas UEL; Porcentaje de pacientes remitidos a otros hospitales; consulta médica especializadas atendida; oportunidad en la consulta de nutrición, encontrando que:

3.6.1.8 En el PMR, se encuentran: la meta propuesta por el hospital, el indicador diseñado y el porcentaje de cumplimiento, no obstante se evidencia inadecuada formulación de indicadores, algunos de ellos con una variable, que no permite establecer una medida efectiva, situación que afecta el seguimiento de la gestión del Hospital Santa Clara e impide tener datos ciertos, en contravía de lo establecido en el literal d) artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

De acuerdo con la información suministrada por la entidad, la glosa tramitada pasó de \$8.259.389.946 en la vigencia 2010 a \$10.979.666.562 en 2011, lo cual significa un aumento de \$2.720.276.616 que corresponde al 32% de aumento en relación al 2010.

Evaluada los procesos de contratación durante la vigencia 2011, en el hospital Santa Clara, se evidenció que existe relación entre la misión de la entidad y los objetos contractuales, de conformidad con la reglamentación actual, análisis que se desarrolla en el componente de integralidad de Contratación.

Atención a población especial en condición de desplazados

De acuerdo con la información suministrada por el Hospital Santa Clara, la política pública de salud *“Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud”* de la población desplazada víctima del conflicto armado interno que habita en Bogotá, adopta una serie de orientaciones, cuyo objetivo primordial es el de Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia que vive en Bogotá, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial,

en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y generación, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno.

En cumplimiento de los lineamientos establecidos para acceder al ejercicio del derecho a la salud, el hospital realiza:

1) **Atención en salud:** *La atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD).*

2) **Declaración:** *“Debe dirigirse a cualquiera de las siguientes Entidades para relatar los hechos que causaron el Desplazamiento: Unidad de Atención y Orientación –UAO, Personería, Defensoría y Procuraduría. Así mismo, debe informar si se encuentra afiliado al Régimen Contributivo o Subsidiado. En caso de no estar aún afiliado a alguna EPS; el acceso a los servicios de salud se hace a través de los Hospitales del Distrito Capital, con la presentación de la constancia de declaración (Circular SDS 06/2006), quienes les atienden respetando su condición de población especial (sin el cobro de cuotas de recuperación - Decreto 4877 de 2007), hasta tanto se afilie al Régimen Subsidiado.”*

3) **Servicios de Salud:** *El acceso a la prestación de los servicios de salud se debe realizar en principio a través del primer nivel de atención. En caso de requerirse un Hospital de mayor complejidad Usted será remitido por la Institución de Primer Nivel, siguiendo los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes vigentes.*

En el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva” el eje de Salud Pública ubica como función básica, el contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de menara integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de la salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito Capital. En este sentido, la población en situación y condición de desplazamiento, tiene el derecho a participar de las acciones que en salud pública se desarrolla en 11 ESES (Pablo VI Bosa, Usme, Engativá, Fontibón, San Cristóbal, Centro Oriente, Tunjuelito, Sur, Rafael Uribe, Vista Hermosa y Suba) a través de los proyectos del PIC, actividades que corresponden a los hospitales de I y II nivel.

Atención a población desplazada por la violencia

Para acceder a los servicios del Hospital Santa Clara, la población desplazada por la violencia debe cumplir los requisitos establecidos por la SDS para su atención, es decir:

1. **ATENCIÓN DE URGENCIAS:** *Se presta independiente de su capacidad de pago, en forma obligatoria, aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD).*

2. ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA: *La consulta Médica General se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se solicitan a través de cita programada. Para acceder a los servicios de pediatría, ginecología, cardiología y en general, los servicios especializados, es necesario que el médico general le ordene la cita o remita al paciente. Así mismo para acceder a los servicios de laboratorio, ayudas diagnóstica (radiografías, ecografías, entre otras) y medicamentos; también deben de ser ordenadas por el médico general o especialista. (Resolución 5261 de 1994)*

3. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN: *Deberá existir la respectiva remisión del profesional médico. Para la atención de población desplazada, durante el año 2011 se firmaron los contratos financiados por el fondo financiero resolución 1507 y contrato 1447 de 2010. De mayo a agosto de 2011 no se firmaron contratos por lo cual la atención a población desplazada fue con cargo al fondo financiero.*

**CUADRO 27  
CONSOLIDADO DE PACIENTES Y  
ATENCIÓN A POBLACIÓN DESPLAZADA**

TIPO ASEGURADOR	No. pacientes	Valor total
Resolución 1507	997	779.734.577
Contrato 1447	1485	730.871.552
<b>Total general</b>	<b>2482</b>	<b>1.510.606.129</b>

Fuente: Modulo facturación – Área de gestión Operativa – Vigencia 2011

#### Atención a población en condición de discapacidad

La Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital se adopta mediante el Decreto 470 de 2007 y se orienta hacia la búsqueda del desarrollo humano, social y sostenible de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores. Dentro de sus propósitos se encuentra el de buscar calidad de vida con dignidad. Es decir, hacia la búsqueda del bienestar de las personas con discapacidad –PCD-, sus familias, cuidadoras y cuidadores, mediante la satisfacción de necesidades que permitan conseguir una vida digna y libre desde las perspectivas: humana, social, económica, cultural y política.

La Secretaría Distrital de Salud desde el enfoque Familiar y Comunitario y a través de la Atención Primaria en Salud, busca garantizar el derecho a la salud, basada en la integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria. Las acciones propuestas por Plan de Intervenciones Colectivas son desarrolladas por hospitales de I y II nivel.

En este sentido, para acceder a los servicios del Hospital Santa Clara, la población en condición de discapacidad debe cumplir con los requisitos generales establecidos para la atención en salud.

En aplicación del Acuerdo Distrital No.345 de 2008 (Gratuidad en salud), presenta el siguiente consolidado de atención a población en condición de discapacidad para la vigencia 2011:

**CUADRO 28  
CONSOLIDADO DE PACIENTES Y  
ATENCIÓN A POBLACIÓN DESPLAZADA**

CONCEPTO	NIVEL I		NIVEL II		CONSOLIDADO	
	No. Personas	Valor	No. Personas	Valor	No. Personas	Valor Total
Discapacitados severos	3.715	\$42.293.143	2542	\$63.311.848	5.717	\$105.604.991

Fuente: Modulo facturación – Área de gestión Operativa – Vigencia 2011

Proyectos de Inversión

De acuerdo con la información suministrada por el Hospital Santa Clara durante la vigencia 2011, la ESE presentó cinco proyectos:

1) Reforzamiento estructural, reordenamiento físico-funcional, ampliación y plan de contingencia, con el objeto de: *“Mejorar la prestación de servicios de salud en el Hospital Santa Clara ESE, teniendo en cuenta los atributos de calidad, que respondan integralmente de manera segura, oportuna, adecuada y eficiente a las necesidades de salud, de la población del Distrito Capital, a través del desarrollo de obras de Reforzamiento, Reordenamiento Físico-Funcional y ampliación del Hospital”.*

Se realizó inscripción en el Banco de Proyectos y se entregó a la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaria Distrital de Salud el día 22 de mayo de 2009, se registró en el Banco de programas y proyectos bajo el número 2009-03-10 con fecha 30 de julio de 2009.

Obtuvo viabilidad de actualización con fecha 18/05/2010 con el código No.20102005. Se entregó para actualización vigencia 2011, el 17 de diciembre de 2011 a la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaria Distrital de Salud.

Presentó modificación de metas, así:

- Llevar a cabo durante el año 2010-2012 los procesos de Contratación y ejecución de los estudios de valoración patrimonial, vulnerabilidad sísmica, reforzamiento estructural, Plan de regularización y manejo, diseños del Hospital Santa Clara, así como la interventoría de los mismos.
- Llevar a cabo en la vigencia 2013-2014 la ampliación del hospital a través de la construcción de un edificio nuevo que garantice la prestación de servicios con oportunidad y calidad.

- Realizar en los años 2012 a 2018 las obras de reforzamiento estructural, adecuaciones Arquitectónicas, reordenamiento físico-funcional del hospital que permita el desarrollo adecuado de su función misional.
- Contar con un plan de contingencia, que asegure la continuidad en la prestación de los servicios.
- Para el año 2018, ser Una entidad autosuficiente, cumpliendo con los estándares de acreditación, con capacidad instalada e infraestructura física suficiente, dando respuesta a la demanda de pacientes dentro del nuevo modelo Distrital de atención de salud familiar y comunitaria.

Mediante el convenio 1064 de 2008, se asignó recursos por valor de \$1.000 millones de pesos para iniciar la etapa cero del proyecto macro, correspondiente a estudios de valoración patrimonial, reforzamiento estructural, vulnerabilidad sísmica, Plan de regularización y manejo y diseños arquitectónicos y de ingeniería.

Respecto a la ejecución presupuestal: Se ejecutaron \$967.310.000 con avance del 30% en consultoría y del 40% en interventoría.

Se suspendió el contrato el 12 de enero de 2011 y la fecha no se ha concluido. Cuenta con la propuesta del plan de regularización y manejo, estudio y valoración del patrimonio, estudio y valoración vulnerabilidad sísmica estructural.

Desarrollo del Proyecto: En el mes de julio se publicó la invitación a presentar propuestas para la consultoría que desarrolle los estudios y diseño técnicos. El Comité de Compras y Contratación realiza la adjudicación de la Invitación Pública N° 005/2010 cuyo objeto es *la contratación de la consultoría para la ELABORACIÓN DE LOS DISEÑOS Y ESTUDIOS TÉCNICOS NECESARIOS PARA EL REORDENAMIENTO FÍSICO FUNCIONAL, EL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL Y LA AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL SANTA CLARA ESE.*, una vez realizada evaluación jurídica y financiera, se realiza la adjudicación del contrato al CONSORCIO SANTA CLARA 2010.

Con respecto a la invitación para la contratación de la interventoría. El comité de compras y contratación adjudica el 16 de septiembre de 2010, el desarrollo de la interventoría a la Unión temporal UP-YC.

En desarrollo de este componente se han programado reuniones cada 15 días, de seguimiento al cronograma de ejecución, con la Secretaria Distrital de Salud.

Actividades preliminares:

- Búsqueda de la información normativa y documental del predio a nivel cartográfico y jurídico.

- Consulta preliminar ante la Secretaria Distrital de Planeación.
- Análisis de legalización de predios.
- Englobe de predios: se realiza la escritura de englobe para su posterior radicación.
- Entrega de documento de actividades preliminares por parte de la Consultoría.
- Se definió el área de influencia.

#### Plan de Regularización y Manejo:

- No se ha iniciado. Esta pendiente que la subdirección de patrimonio de la Secretaria distrital de Planeación establezca que edificaciones serán objeto de conservación patrimonial.
- Estudio de tránsito: No se ha iniciado. Depende de la definición de la propuesta del Plan de regularización y Manejo.

#### Estudio de valoración patrimonial:

- Se entregó un documento inicial ante la dirección de valoración de la secretaria Distrital de planeación para evaluar y definir los edificios que serán parte de la conservación integral.

#### Estudio de valoración vulnerabilidad sísmica:

- Se realiza el análisis de la estructura actual, estudio de suelos y sedimentación, levantamiento de lesiones y determinación de las características físicas y mecánicas del concreto, caracterización de la amenaza y vulnerabilidad estructural de la edificación, estudio de suelos.

#### Estudio de reforzamiento estructural:

No se ha iniciado, debido a que depende del resultado arrojado por el estudio de valoración patrimonial.

2) Reposición y compra de equipos biomédicos, con el objeto de: *“Mejorar la prestación de los servicios de salud, mediante el acceso, la seguridad y pertinencia, a través de la renovación y compra de equipos biomédicos y hospitalarios, dando cumplimiento a los estándares de calidad”.*

Presentó inscripción en el banco de proyectos: El 23 de noviembre de 2009, la Secretaria Distrital de Salud, expide certificado de viabilidad por valor de \$2.000 millones en el año 2009 y \$1.500 millones vigencia futura. Registrado en el Banco de programas y Proyectos bajo el No.2009-03-05 del 19 de noviembre de 2009, con viabilidad de actualización de fecha 18/05/2010 con el código 20100305.

Viabilidad de Actualización con fecha 05/07/2011 registrado en el Banco de Programas y Proyectos con el código No.20110305, por valor de \$1.398.838.768

Metas e indicadores: Se establecieron 14 metas para el área asistencial.

Este proyecto se encuentra amparado en el convenio de cooperación técnica No. 1064 de 2008, el cual tuvo una adición y otrosí modificatorio por valor de \$3.500 millones el 4 de septiembre de 2009. Para la vigencia 2011 el Hospital cuenta con recursos por valor de \$1.398.835.768.

Una vez surtida la invitación No. 003 de septiembre 23 de 2011, la publicación de la invitación, las observaciones al pliego de condiciones, la recepción de las propuestas de los oferentes, la evaluación jurídica, financiera y técnica, *“Mediante acta del comité de compras y contratación No. 32 de noviembre 30 de 2011, se recomienda declarar desierta parcialmente la adjudicación y la respectiva contratación directa, para los ítems no ofertados y los que tienen recomendación de no adjudicación y se emite la resolución 478 del 30 de Noviembre de 2011, donde se declara desierta parcialmente la invitación pública 003/2011 y se ordena el inicio del proceso de la contratación directa, amparados en los pliegos de la invitación pública No.003 de 2011, Manual de contratación Acuerdo 131 del 17 de septiembre de 2008 y ley 80 de 1993”*.

Se publicó la invitación directa en Diciembre 7 de 2011, fecha de cierre diciembre 14 de 2011 4:00 p.m. *El análisis de las propuestas arrojó la declaratoria de la invitación desierta debido a que no se cumplían con los criterios de elegibilidad de los oferentes.*

3) Compra de equipos Biomédicos para la unidad funcional de cirugía hospital Santa Clara ESE, con el objeto de: *“Mejorar la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios de salud, específicamente en el área de cirugía, por medio de la inversión en equipo y tecnología biomédica que eleve los beneficios para el paciente y la institución”*.

Inscripción en el Banco de proyectos: Se entregó en la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud, registrado en el banco de programas y proyectos bajo el número 20110503 con fecha 16-02-2011.

Metas e indicadores: Se establecieron 4 metas.

Desarrollo del Proyecto. Cuenta con viabilidad expedida en el mes de marzo de 2011. Se entrega al Área de recursos Físicos la relación de los equipos e instrumental a adquirir, al igual que el estudio de mercado que se realizó para el desarrollo del proyecto, área que se encarga de la adquisición de los equipos.

4) Fortalecimiento de los sistemas de tecnología informática, con el objeto de: *“Contar con un sistema operativo informático, de alta disponibilidad y tecnología de punta que le permita mejorar la eficiencia y la eficacia de los procesos que*

requieren de su utilización, redundando en la satisfacción del cliente, la efectividad operativa y la rentabilidad”.

Inscripción en el banco de proyectos: Se entregó a la Oficina de Planeación y Sistemas de la SDS, el 13/04/2011. Registro de viabilidad expedida bajo el código 20110522 del 31/05/2011.

Metas e indicadores: Se establecieron 4 metas.

Desarrollo del Proyecto: En el mes de septiembre se presentó ante comité de compras y contratación las propuestas recibidas por parte de los oferentes.

El hospital adquirió los siguientes elementos: Licenciamiento Informix HDR y Balanceo de Cargas, 1; Licenciamiento Office Professional plus 2010 OLP NL gov: 110; Monitores LCD de 18.5” +/-0.5”: 43; Equipos de computo: 20; Impresoras láser: 2

5) Adquisición de escáner y simulador de pacientes para el fortalecimiento de los procesos de apoyo documental y biotecnología, con el objeto de: *“Optimizar la prestación de los servicios de salud a nivel administrativo y asistencial, garantizando el adecuado mantenimiento de los equipos biomédicos de la institución y mejorando la oportunidad de entrega de la información correspondiente a las comunicaciones interna y externas, con el fin de contribuir al mejoramiento de los estándares de calidad de la institución”*

Inscripción en el banco de proyectos: Se entregó en la Oficina de Planeación y Sistemas de la SDS, el DIA 05/10/2011. Certificado de viabilidad, inscrito en el banco de programas y proyectos bajo el código No.20110305 del 27/12/2011.

Desarrollo del Proyecto: Debido a la fecha en la que se obtuvo la viabilidad, el proyecto no se desarrolló en el año 2011, por cierre de vigencia.

### 3.6.2 Evaluación Balance Social

El Informe del Balance Social para la vigencia 2011 lo presentó el Hospital Santa Clara III NA ESE conforme a la Resolución Reglamentaria 033 de 2011 de la Contraloría de Bogotá, de acuerdo con los tres componentes de la metodología:

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

Una vez analizado el informe presentado para evaluar la gestión social del Hospital Santa Clara y los logros alcanzados en cumplimiento de su misión.

## Componente 1: Reconstrucción del Problema Social

En este componente, la entidad identificó las causas y efectos de la problemática planteada, *“...la presencia de infecciones intrahospitalarias a causa de factores de riesgo exógenos. Se constituyen en un problema de salud pública de gran impacto desde el punto de vista de la evolución del paciente, social y económico... Las infecciones intrahospitalarias son aquellas adquiridas en el hospital, causadas por microorganismos reconocibles a través de manifestaciones clínicas y/o confirmación microbiológica. Pueden ocurrir durante la estancia hospitalaria o hasta 72 horas después del egreso del paciente, dependiendo del tiempo de hospitalización y del periodo de incubación de la enfermedad”*.

Así mismo, se focaliza la población beneficiaria, causas y efectos; se focaliza la población a nivel geográfico, red centro oriente, localidades: Antonio Nariño, Mártires, San Cristóbal, Candelaria, Rafael Uribe y Santa Fé. Se identifican los actores que intervienen en el problema a nivel externo e interno, directo e indirecto.

Componente 2: Instrumentos operativos para la atención de los problemas sociales.

El hospital se refiere a los programas, proyectos o acciones formulados para atender el problema social identificado. A nivel de la administración señala la Política distrital: de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias – IIH para Bogotá D.C. A nivel de la Entidad, señala las metas e indicadores, así como el presupuesto y las unidades de focalización objeto de atención.

Componente 3: Resultados en la Transformación de los Problemas

En este componente se establecen los niveles de cumplimiento e indicadores del problema identificado, se desagregan las diferentes acciones y su cumplimiento; frente a metas y actividades; se incluyen los indicadores, dificultades y/o limitaciones, efectos sobre el problema, logros, población atendida, otras acciones implementadas en la solución del problema y el diagnóstico final del problema.

### **3.7 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL**

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Santa Clara III Nivel ESE, 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. constatando el grado de avance en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA y del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios.

Para la vigencia 2011, y de acuerdo con la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., la entidad obtuvo una calificación ponderada para la gestión del PIGA del 97% y 87.12% para agua, energía, residuos convencionales, no convencionales y reciclaje; esta calificación se encuentra soportada en la evaluación y verificación de cada uno de los componentes de las vigencias 2008, 2009, 2010 y 2011, confrontada la información ambiental a través del aplicativo SIVICOF, actas de visita fiscal realizadas, información remitida y verificaciones de auditoría.

Se solicitó la información general de la Gestión Ambiental del Hospital Santa Clara encontrando que Según Resolución 045 de Febrero 5 de 2008 el Hospital Adopta el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, este plan el Hospital lo realiza para planificar las condiciones ambientales internas, igualmente para plantear los programas, proyectos, metas y asignar los recursos para lograr los objetivos de ecoeficiencia y de mejoramiento de la gestión ambiental.

Dentro del estudio realizado por el Hospital se estableció la evaluación de impactos y aspectos ambientales, encontrando que las actividades que generan impactos negativos son: los procedimientos quirúrgicos y de urgencias, el revelado de imágenes diagnósticas, la preparación de alimentos, el lavado de ropa hospitalaria, que generan vertimientos industriales, los residuos hospitalarios, los residuos peligrosos y el alto consumo de los servicios públicos.

Igualmente se pudo verificar que dentro de lo establecido en el PIGA las actividades que el Hospital realiza para generar impactos positivos son: capacitaciones a todo el personal en el manejo de temas ambientales como manejo de residuos, reciclaje, implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

**CUADRO 29**  
**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 CALIFICACION	ALTAMENTE EFICIENTE	EFICIENTE	ACEPTABLE	INSUFICIENTE	DEFICIENTE
ASPECTO A CALIFICAR	91% - 100%	71% - 90%	61% - 70%	36% - 60%	0 – 35%
Ponderación de Implementación de Programas de ahorro	97%				
Ponderado de metas de ahorro de agua, energía, disminución		87.12%			



de residuos y reciclaje vs metas programadas					
--	--	--	--	--	--

Fuente: Hospital Santa Clara Gestión Ambiental

Respecto del ponderado de las metas de ahorro en los programas de energía y agua, así como menor producción de residuos y mayor recuperación en reciclaje se observa que estas se cumplieron en un 85% reflejando eficiencia en la gestión.

Durante la vigencia 2011 el Hospital mantuvo su interés y compromiso en desarrollar una cultura de mejoramiento continuo, mediante diferentes actividades como la segregación de los residuos y el consumo racional de los recursos naturales.

En atención a que el Hospital cuenta con PIGA concertado ante la Secretaría Distrital de Ambiente, presentó trimestralmente informes de avance, los cuales para efectos de consumos y generación de residuos sólidos contienen la información histórica y el análisis de la tendencia de los comportamientos de la gestión en cada uno de los programas establecidos en el PIGA.

Revisada la información ambiental reportada por el Hospital de Santa Clara III Nivel ESE, la Contraloría por medio del aplicativo Sistema de Información Vigilancia y Control (SIVICOF) evidenció que el formato CB – 1112-1 Plan de Acción Anual Institucional, es conformado por seis programas: Uso eficiente de Agua, Uso Eficiente de Energía, Gestión Integral de Residuos, Mejoramiento de las condiciones ambientales Internas, Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Contractual y Extensión de Buenas Prácticas Ambientales encontrando las acciones para el desarrollo de cada programa.

Para el desarrollo de PIGA, la entidad cuenta con planes y programas de sensibilización y formación por medio de campañas, capacitaciones, folletos y demás actividades que garantizaron el desarrollo de los programas ambientales.

La gestión ambiental se enfoco básicamente en actividades relacionadas con fortalecer el cumplimiento de la normatividad ambiental, promoción y desarrollo de programas de capacitación al personal asistencial, administrativo y usuarios del hospital y a realizar el seguimiento y control de los programas y planes implementados.

#### AVANCE PIGA

De acuerdo al plan interno de gestión ambiental se establecieron 5 variables ambientales, las cuales apuntan a 8 objetivos y están contenidas en 15 estrategias; así:

**CUADRO 30**  
**GESTION AMBIENTAL INTERNA**

VARIABLE AMBIENTAL	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<b>AGUA</b>	Hacer uso eficiente del agua en miras de la preservación del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación programa de uso eficiente y ahorro de agua.</li> <li>• Monitoreo periódico a los vertimientos y agua potable.</li> <li>• Mantenimiento de los tanques de agua potable.</li> </ul>
<b>ENERGIA</b>	Hacer un uso eficiente del recurso de energía, en miras de la preservación del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación usuarios internos.</li> <li>• Mantenimiento preventivo y correctivo de la red eléctrica.</li> <li>• Mejoramiento de la infraestructura.</li> </ul>
<b>RESIDUOS SÓLIDOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una gestión integral de los residuos sólidos y líquidos generados en el Hospital.</li> <li>2. Disminuir la generación de residuos comunes en el Hospital.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación programa de Reciclaje.</li> <li>• Ejecución del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.</li> </ul>
<b>CONDICIONES AMBIENTALES INTERNAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar proceso seguros minimizando los riesgos biológicos y ambientales generados de la manipulación de residuos.</li> <li>2. Asegurar el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos ambientales.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediaciones ambientales, niveles de ruido, iluminación, emisiones atmosféricas y radiaciones ionizantes.</li> <li>• Mantenimiento infraestructura.</li> <li>• Capacitación al personal expuesto a radiaciones ionizantes.</li> <li>• Implementación política de contaminación visual.</li> </ul>
<b>PRACTICAS AMBIENTALES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilizar a los usuarios internos como externos en el cuidado y conservación del medio ambiente.</li> <li>2. Promover la racionalización del consumo de insumos y materiales en el funcionamiento del Hospital procurando la máxima eficiencia en los procesos y promoción de alternativas de producción mas limpia.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación usuarios internos y externos.</li> <li>• Divulgación de información a través de material pedagógico.</li> <li>• Actividad para sensibilizar el cuidado del medio ambiente, realizando campañas ambientales.</li> </ul>

FUENTE: Hospital Santa Clara. Gestión Ambiental

De otra parte, mediante Resolución No. 211 de Agosto de 2009 del Hospital se nombra como Gestor Ambiental al Profesional Especializado Área de Mantenimiento y según Resolución No. 223 del 19 de noviembre de 2009 se conforma el Grupo Funcional de Gestión Ambiental, cumpliendo así lo normado en el Decreto No. 243 de 2009.

A continuación se detalla la inversión que realizó el Hospital en el año 2011 para atender la gestión ambiental, durante el año 2011.

**CUADRO 31  
INVERSIONES REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2011**

PROGRAMA PIGA	DESCRIPCION GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	VALOR INVERSION (MILLONES \$)
USO Y AHORRO DEL AGUA	Compra de materiales para impermeabilización del tanque de almacenamiento de agua potable (laboratorio clínico).	\$ 414,120
	Muestreo y análisis de agua potable.	\$ 2,420,340
	Compra de bridas y tornillos para instalar macromedidores de agua potable	\$ 956,606
USO Y AHORRO DE LA ENERGÍA	Mantenimiento correctivos de las calderas COLMAQUINAS y DISTRAL para el cambio del tablero programador y cambio del regulador.	\$ 11,667,280
	Mantenimiento integral (preventivo - correctivo) de las dos calderas de 100 BHP de la Institución, marca Distral y Colmáquinas.	\$ 3,897,600
	Calibración de las calderas Distral y Colmaquinas.	\$ 1,577,600
MANEJO RESIDUOS SÓLIDOS	Recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos químicos del Hospital (ECOINDUSTRIA)	\$ 3,151,585
	Caracterización de las aguas residuales y muestreo isocinético.	\$ 6,450,296
	Suministro y aplicación de químico y análisis de agua de las calderas de la entidad.	\$ 3,554,054
	Recolección, transporte y disposición final de residuos de riesgo biológico (ECOCAPITAL)	\$ 100,651,520
	Servicio de fumigación y desratización (tres visitas) en cumplimiento al Plan de Saneamiento Básico de la Institución.	\$ 7,821,254
MEJORAMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES	Suministro e instalación de un sistema de inyección y extracción de aire para el área de Urgencias Adulto..	\$ 20,320,000
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 162,882,255</b>

Fuente: Hospital Santa Clara. Gestión Ambiental

Las inversiones ejecutadas por la entidad, fueron direccionadas a la prevención, mitigación y compensación de los procesos que deterioran recursos como agua, aire, suelo, biológicos y el ecosistema y/o generaron mejoramiento en la calidad ambiental.

El presupuesto destinado a la parte ambiental fue establecido de acuerdo a los subprogramas PIGA y al plan de acción formulado anualmente, los cuales han generado mejoramiento en la calidad ambiental del Hospital y de alguna manera han contribuido en la prevención y mitigación de los procesos que deterioran los recursos naturales.

Resultados Gestión 2011

Plan de Acción Anual Institucional PIGA

**CUADRO 32**  
**PLAN DE ACCION ANUAL INSTITUCIONAL PIGA**

PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL PIGA	ESTRATEGIA PGA A LA QUE PERTENECE	ACCIONES	METAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (ESTADO DE AVANCE)
Uso eficiente del Agua	Calidad del agua y regulación hidrológica. Uso eficiente del agua. Calidad del agua y regulación hidrológica. Cultura ambiental	Mantenimiento tanques. Monitoreo calidad del agua. Mantenimiento preventivo y correctivo red hidráulica. Educación trabajadores y estudiantes, uso eficiente del agua. Índices de consumo.	Mantener el consumo trimestral de la institución igual o menor con respecto al consumo per cápita del trimestre anterior.	100%
Uso eficiente de la energía	Uso eficiente de la energía.	Mantenimiento preventivo y correctivo de la red eléctrica. Estrategias de ahorro. Educación trabajadores y estudiantes, uso eficiente de la energía. Estudio unifilar para valoración de las redes eléctricas. Uso adecuado de equipos.	Mantener el consumo trimestral per cápita de la institución igual o menor con respecto al consumo per cápita del trimestre anterior.	100%
Gestión integral de residuos	Calidad del suelo. Cultura ambiental. Calidad del agua.	Implementación programa de reciclaje y PGIRHS	Disminuir la generación de residuos comunes en el Hospital. Realizar una gestión integral de los residuos generados en el Hospital.	94%
Mejoramiento de las condiciones ambientales internas	Calidad ambiental del espacio público. Calidad del aire.	Establecer una línea base para determinar el grado de confort. Mejoramiento de ruido, iluminación, ventilación, contaminación visual, radiaciones ionizantes.	Garantizar procesos seguros minimizando los riesgos ambientales durante los procesos en el Hospital.	94%
Criterios ambientales para compras y gestión contractual	Productividad y competitividad sostenible.	Implementación guía verde de contratación.	Incluir criterios ambientales en el 80% de los contratos estipulados en la guía verde de contratación.	100%
Extensión de Buenas Prácticas Ambientales	Cultura ambiental.	Promoción a los usuarios internos y externos, buenas practicas ambientales.	Creación Huerta casera. Concursos ambientales.	94%
<b>TOTAL</b>				<b>97%</b>

Fuente: Hospital Santa Clara Gestión Ambiental

El Hospital presentó un buen nivel en el cumplimiento de las metas definidas para los programas: gestión integral de residuos, mejoramiento de las condiciones

ambientales internas, criterios ambientales para compras y gestión contractual y extensión de buenas prácticas ambientales.

Para el cumplimiento de las metas de los programas uso eficiente del agua y uso eficiente de energía la entidad cumplió con las actividades y estrategias programadas.

Para los programas de gestión ambiental el Hospital formuló unas metas de reducción del 100%. El cumplimiento ponderado de los cuatro años fue de 87.12%, discriminadas así:

**CUADRO 33**  
**METAS PONDERADAS**  
**2008-2011**

COMPONENTE	% META	% META ALCANZADA
Uso eficiente del agua	100	80
Uso eficiente de la energía	100	82
Gestión Integral de Residuos	100	83
Mejoramiento de las condiciones ambientales internas	100	82.75
Criterios ambientales para la compra y gestión contractual	100	98
Extensión de las buenas prácticas ambientales	100	97
<b>TOTAL</b>		<b>87.12%</b>

Fuente: Hospital Santa Clara Gestión Ambiental

### Componente Hídrico

El programa de uso eficiente del agua comprende las alternativas y actividades necesarias para disminuir o mantener el consumo del recurso hídrico teniendo en cuenta el carácter preventivo y la contribución a minimizar la cantidad de vertimientos generados en la institución.

En la cuenta rendida a través del SIVICOF a 31 de diciembre de 2011, se adquirieron compromisos tales como: impermeabilizar tanques de almacenamiento de agua potable, reparar fugas y daños en la red hidráulica, instalar ahorradores de agua, capacitar tanto a funcionarios como a estudiantes, realizar balance de agua mensual por áreas, diseñar un sistema de recolección de aguas lluvias. Para determinar el grado de cumplimiento de las metas reportadas se verificaron los documentos soportes suministrados por la administración determinando lo siguiente:

La entidad mediante capacitación realizó la sensibilización y motivación del personal para el ahorro del agua, también aplicó estrategias como informar oportunamente los daños y fugas a mantenimiento, y 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, coordinado por la oficina Mantenimiento según registros verificados por la auditoría.

En cuanto a las aguas Residuales, el hospital dentro de su sistema hidráulico de drenaje tiene una Trampa de Grasas ubicada en el sector de la cocina, cuyo mantenimiento y limpieza está a cargo del equipo de mantenimiento de la entidad.

Para los vertimientos Industriales, la entidad realiza de forma periódica la caracterización de sus aguas residuales, los cuales se encuentra debajo de los parámetros mínimos. Además mediante Resolución No. 3062 de 2007 la Secretaria Distrital de Ambiente le otorga el permiso de vertimientos al Hospital por 5 años.

Adicional a lo anteriormente comentado, el hospital realizó una caracterización físico química de la calidad de las Aguas Residuales vertidas al Sistema de Alcantarillado Público (SAP) de Bogotá D.C., con la empresa MINTAKA S.A., cuyo resultado arrojó niveles normales para las condiciones vigentes.

A continuación se relaciona el consumo y costo de agua.

**CUADRO 34  
CONSUMO AGUA**

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2008	57061		\$200.377.390			
2009	65630	8569	\$218.854.130	\$18.476.470	Ahorro Consumo	0
2010	56215	-9415	\$207.558.120	-\$11.854.550	Ahorro Consumo	100
2011	59052	2837	\$224.380.650	\$16.822.530	Ahorro Consumo	0

Fuente: Hospital Santa Clara, Gestión Ambiental

De acuerdo a los datos relacionados con el consumo de agua, se presentó una disminución en el año 2010 de 9.415 m<sup>3</sup> con respecto al año 2009, sin embargo en el año 2011 no se presentó ningún ahorro en el consumo, se presentó un aumento de 2.837 m<sup>3</sup> con respecto al año inmediatamente anterior. Cabe mencionar que el Hospital a través del PIGA ha realizado gestión para dar posibles soluciones a esta situación, las cuales son: la impermeabilización de un tanque de almacenamiento de agua, el lavado de tanques, inspecciones de control de fugas diarias, reparación de fugas reportadas o detectadas, capacitaciones para sensibilizar al personal sobre el uso y ahorro eficiente del agua, instalación

de un sistemas ahorrador de agua y cálculos de índices de consumos en puntos críticos.

Para el componente energético, se encontró lo siguiente:

El consumo de energía está asociado con la operación de equipos electrónicos y áreas iluminadas, las alternativas formuladas se encaminan, principalmente, a la utilización eficiente de este recurso mediante mejoras en las instalaciones y optimizar la operación de equipos eléctricos.

El Hospital desarrolló estrategias y/o acciones definidas en el programa de ahorro de energía como capacitación y sensibilización con el objetivo de apagar bombillos y poner en reposo los equipos de cómputo cuando no estén en uso, la colocación de stickers con mensajes de bajar el consumo de energía en los interruptores, revisión técnica de las condiciones de las instalaciones eléctricas, estudio de cantidades de energía requerida para el funcionamiento de equipos e inspección de estado y ubicación de los puntos de cierre energético, instalación de bombillos ahorradores en diferentes áreas del hospital, así mismo se realiza mantenimiento preventivo y correctivo en la red eléctrica del hospital, como también la limpieza de las luminarias. En el año 2011 se realizó el estudio unifilar obteniendo un diagnóstico de la calidad eléctrica de la Institución.

A continuación se relaciona el consumo y costo de energía durante los últimos cuatro años:

**CUADRO 35  
CONSUMO ENERGIA**

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2008	1.216.000		\$270.846.913			
2009	1.264.066	48066	\$315.613.670	\$44.708.150	Ahorro Consumo	0
2010	1.318.200	57600	\$342.420.870	\$26.807.200	Ahorro Consumo	0
2011	1.387.200	68800	\$377.510.120	\$35.089.250	Ahorro Consumo	0

Fuente: Hospital Santa Clara, Gestión Ambiental

La Institución ha desarrollado acciones tendientes a ahorrar el consumo de energía, a pesar de la gestión realizada el consumo ha aumentado y no se han obtenido los resultados esperados. La meta no se ha cumplido debido al aumento de usuarios mensualmente, adquisición de equipos biomédicos, los cuales consumen notablemente energía, cuenta con inventario de equipos pero no se

tienen datos del consumo energético de los mismos, por último los indicadores planteados no son representativos ya que no tienen en cuenta los factores que inciden en el aumento del consumo energético.

En cuanto al componente atmosférico, se observó lo siguiente:

La entidad mediante el PIGA implementó el programa de mejoramiento de las condiciones ambientales internas el cual está enfocado a mejorar de las mismas, relacionadas con ruido, iluminación, contaminación visual, ventilación y radiaciones ionizantes. Así mismo, el programa busca controlar la contaminación atmosférica proveniente de fuentes móviles (vehículos) y fuentes fijas (calderas) con el fin de conservar la calidad ambiental del aire.

El posible impacto ambiental generado en este componente corresponde al parque automotor, constituido por 8 vehículos (5 funcionan con gasolina, 2 con Diesel y 1 con gas natural), a los cuales se les adelantó, durante la vigencia auditada, mantenimientos preventivos; al verificar los certificados de revisión técnico mecánica de gases se encontraron vigentes a diciembre de 2011.

El Hospital cuenta con cinco fuentes generadoras de emisiones atmosféricas; así:

- Tres (3) plantas de energía eléctrica que utilizan como combustible ACPM, con altura del ducto de 3 m y diámetro de 4 pulgadas. Las plantas cuentan con una capacidad de 75 KVA y dos de 125KVA y consumen aproximadamente máximo 40 galones/mes. Solo entran en operación por mantenimiento, en caso de corte de fluido eléctrico.
- Dos (2) Calderas de marca Distral y Colmáquinas que utilizan como combustible gas natural con altura del ducto de 15 m y diámetro de 0.5 m. La caldera Distral fue instalada en 1979 y la Colmáquinas en 1967. La Distral posee una capacidad de 125 PSI y la Colmáquinas 100 PSI. Ambas funcionan con gas natural y se intercalan cada 8 días.

En cuanto al permiso de emisiones atmosféricas según la Resolución 2108 de 2003, hasta el 2010 es necesario realizar mediciones de emisiones para fuentes de emisión que funcionan con gas natural. En cuanto al ACPM es muy poca la cantidad consumida, 10 gal/200. Por lo tanto no es necesario solicitar el permiso de emisiones.

El mantenimiento de las calderas se realiza cada 4 meses aproximadamente mediante la calibración de los equipos.

En cuanto a las plantas eléctricas, cada viernes el personal de mantenimiento realiza mantenimiento preventivo y cada seis meses seguimiento al funcionamiento de los equipos igualmente el sostenimiento a las plantas eléctricas y motobombas del Hospital.

Se cumplió con el 94% de ejecución de las actividades en este programa, se han intervenido factores como ruido, iluminación, ventilación, contaminación visual, las mediciones han sido realizadas por la ARP Colmena, se efectuaron los ajustes necesarios para estar dentro de los rangos permitidos. Igualmente la ARP apoya a la Institución en inspecciones a todas las áreas para verificar que las condiciones anteriormente mencionadas sean las adecuadas. No se cumplió al 100% con las actividades por no realizar las mediciones de radiaciones ionizantes, debido al cambio de tecnología de los equipos y además el servicio de imágenes diagnosticas se encuentra operando a través de un outsourcing.

La entidad ha realizado gestión en cuanto a la solicitud de registro de avisos de publicidad externo, Mediante Resolución 3543 del 14 de junio de 2011 la Secretaria Distrital de Ambiente otorgó al Hospital el permiso respectivo, cumpliendo con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 959 del 2000.

Con el fin de identificar la calidad del aire en la institución, el hospital realiza monitoreos periódicos a las fuentes de emisión de contaminación atmosférica.

Desde el año 2009 el Hospital ha implementado el Proyecto de Hospital Libre de Humo, mediante una política de antitabaquismo y el proceso de cesación.

En cuanto al componente de residuos sólidos, se encontró lo siguiente:

La Gestión Integral de residuos se enfoca hacia dos direcciones: una hacia el reciclaje, es decir la recuperación de todos los residuos susceptibles a recuperar y dos hacia la gestión integral de residuos hospitalarios consignados en el PGIRH donde se registran todos los procesos relacionados con la gestión de residuos desde el momento en que se generan hasta su disposición final.

En cumplimiento pleno de lo dispuesto en el Decreto 400/04, respecto del impulso y aprovechamiento eficiente de los residuos sólidos producidos, el Hospital ha suscrito un acuerdo de corresponsabilidad con la Cooperativa El Porvenir para la gestión, transporte y disposición final asociada con el aprovechamiento de residuos sólidos mediante técnicas y mecanismos de recuperación y reciclaje de los mismos, de tal manera que atendiendo las políticas institucionales de responsabilidad social, la entidad no obtiene ningún tipo de ingreso o rentabilidad sobre los residuos entregados.

La cooperativa clasifica y recolecta los residuos sólidos reciclables de carácter no peligroso con el fin de darle uso eficiente y así reintegrar el material a la cadena productiva de materiales reciclables.

La segregación de los residuos aptos para ser reciclados o reutilizados se realiza diariamente, siendo principalmente clasificados las basuras como: papel, cartón, vidrio, metal y plástico.

Residuos No Convencionales (Peligrosos)

**CUADRO 36**  
**RESIDUOS NO CONVENCIONALES**

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KG	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KG	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2008	97989		\$79.325.890			
2009	119529	21540	\$97.432.460	\$18.106.570	NA	NA
2010	1294425	9896	\$107.672.584	\$10.240.124	NA	NA
2011	90920	-38505	\$100.651.520	\$7.021.064	NA	NA

Fuente: Hospital Santa Clara, Gestión Ambiental

Teniendo en cuenta los datos del cuadro anterior, se hace referencia a los residuos de riesgo biológico y químico, además la entidad no tenía meta programada de ahorro en la vigencia 2008 a 2011, sin embargo se ha disminuido la cantidad de residuos peligrosos (riesgo biológico) en el año 2011, debido al aumento de residuos reciclables indicando una disminución de 38.505 kg con respecto al año anterior.

Para el manejo de los residuos peligrosos están establecidas las rutas internas con los respectivos horarios para su recolección, desde los sitios de generación hasta los cuartos de almacenamiento intermedios y desde estos hasta el cuarto de almacenamiento central; los residuos peligrosos son entregados a la empresa ECOCAPITAL encargada del transporte y disposición final de los mismos.

Residuos Convencionales (Ordinarios)

**CUADRO 37  
RESIDUOS CONVENCIONALES**

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KG	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO KG	VALOR ANUAL CANCELADO	DIFERENCIA ANUAL DEL VALOR CANCELADO	META PROGRAMADA	META ALCANZADA
2008	83770		\$27.830.950			
2009	89974	6204	\$28.763.810	\$932.860	20%	0
2010	88972	-1002	\$30.284.500	\$1.514.690	5%	100%
2011	81812	-7160	\$20.087.380	-\$10.191.120	5%	100%

Fuente: Hospital Santa Clara, Gestión Ambiental

**Material Reciclado**

**CUADRO 38  
MATERIAL RECICLADO**

AÑO	PESO ANUAL RECICLADO EN KG	DIFERENCIA ANUAL RECICLADA EN KG	META PROGRAMADA	META ALCANZADA
2008	23427			
2009	23763	336	20%	0%
2010	34774	11011	5%	100%
2011	39070	4296	5%	100%

Fuente: Hospital Santa Clara, Gestión Ambiental

La Cooperativa El Porvenir es la encargada de clasificar, empacar y transportar el reciclaje, respondiendo con la Política de Responsabilidad Social de la entidad. La Entidad se fijó para la vigencia 2011 una meta de 5% de incremento en la generación de reciclaje, cumpliendo con la meta establecida

Durante los años 2010 y 2011 se ajustó la meta la cual era la de aumentar en un 5% la generación de residuos reciclables. En los años 2010 y 2011 se observa el cumplimiento de la meta programada disminuyendo la cantidad de residuos.

Durante la vigencia 2011 se generaron 39.070 Kg de residuos reciclables cumpliendo la meta al 100% ya que en la vigencia anterior la cantidad de residuos fue de 34744 Kg. Lo anterior se debe a la colaboración de los trabajadores para realizar la separación en la fuente y promoción de la entidad el hábito de reciclar.

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 2011 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, igualmente la entidad no cuenta con los resultados que arrojó la capacitación o la retroalimentación de la misma, correctivos tomados, y otra información que permita observar sus resultados

Resultado de la auditoria se establecieron los siguientes presuntos hallazgos:

3.7.1 Manifiestos Ecocapital. Revisadas las copias de los manifiestos de transporte de residuos peligrosos se verificó que algunos no tienen diligenciadas o están parcialmente diligenciadas, las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega, estos documentos deben tener un responsable para que en el caso de inconsistencias se facilite su identificación, lo anterior debido a que el sujeto de control no cuenta con un procedimiento para la revisión y control de la información relacionada con el diligenciamiento de dichos formatos incumplimiento lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.7.2 De acuerdo a la caracterización de vertimientos efectuada por MINTAKA LTDA., se realizó el estudio de vertimientos industriales cumpliendo con las normas ambientales establecidas en la Resolución 3957 de 2009 de la Secretaría Distrital de Ambiente, excepto por las cajas de inspección emisario 1 y 2 en el parámetro de fenoles, los cuales de acuerdo al resultado del estudio, muestran 0.236 y 0.534 mg/L y el máximo permitido es de 0.2 sin que se evidencie acción alguna por parte del hospital incumpliendo lo establecido en el literal f) del artículo 2 la ley 87 de 1993.

3.7.3 La entidad no cumplió con la meta propuesta de ahorro de agua que se fijó en bajar o mantener su consumo. Esta situación se evidencia al establecer que para el año 2010 el consumo de fue 56.215 m<sup>3</sup> por los cuales se cancelaron \$207.558.120, mientras que para el 2011 el consumo creció en 2.837 m<sup>3</sup> arrojando un total de 59.052 m<sup>3</sup> que le costaron al hospital \$224.380.650, cifra que al compararla con la vigencia anterior refleja un incremento de \$16.822.530 equivalente al 8.1% de aumento. De esta manera se contraviene lo establecido en el numeral 3.4.1 Programa Ambiental Uso eficiente del agua del Plan Institucional de Gestión Ambiental adoptado por la entidad mediante Resolución 045 de Febrero 5 de 2008.

3.7.4 La entidad no cumplió con la meta propuesta de ahorro de energía que se fijo en bajar o mantener su consumo. Esta situación se evidencia al establecer que para el año 2010 el consumo de fue de 1.318.400 Kw por los cuales se cancelaron \$342.420.870, mientras que para el 2011 el consumo creció en 68.800 Kw

arrojando un total de 1.387.200 Kw que le costaron al hospital \$377.510.120, cifra que al compararla con la vigencia anterior refleja un incremento de \$35.089.250 equivalente al 10.25% de aumento. De esta manera se contraviene lo establecido en el numeral 3.4.2 Programa Ambiental Uso eficiente de energía del Plan Institucional de Gestión Ambiental adoptado por la entidad mediante Resolución 045 de Febrero 5 de 2008.

3.7.5 Por falta de cumplimiento de los parámetros del Manual de Procedimientos para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios establecidos en la Resolución 1164 de 2002, del Ministerio del Medio Ambiente, Anexo 2 en cuanto a *“GESTION DE RESIDUOS QUIMICOS. MEDICAMENTOS...para el manejo de los residuos de los medicamentos incluyendo envases y empaques. Tanto el medicamento como los envases primarios y secundarios, empaques y etiquetas deben ser destruidos en su totalidad previo a su disposición final en el relleno sanitario. Algunos empaques, envases y etiquetas, podrán ser reciclados previa inutilización de estos, antes de ser entregados al prestador de servicio especial de residuos (ej. Triturar los frascos de vidrio, para obtener polvo de vidrio el cual puede ser reutilizado; las cajas y etiquetas deben ser sometidos a destrucción en molinos y posteriormente reciclar el papel). Dependiendo del tipo de material y del propósito de reuso, se debe realizar una apropiada desactivación, como limpieza o desinfección. En NINGÚN caso se dispondrán o desecharan empaques, envases y etiquetas en perfecto estado sin que hayan sido previamente destruidos”*, se observó en visita a Farmacia del Hospital, que algunas cajas de cartón de medicamentos e insumos hospitalarios no son debidamente inutilizadas, para evitar su reutilización y posibles falsificaciones de medicamentos contraviniendo la Resolución 1164 de 2002 y lo estipulado en el Manual de Procedimientos para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios adoptado por el Hospital mediante la Resolución 410 de 2004.

### 3.8 EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS

Se vinculó a la ciudadanía y las organizaciones del Hospital Santa Clara al ejercicio del control fiscal y se socializó a los ciudadanos el memorando de encargo de auditoría y de planeación del proceso auditor.

La entidad cuenta con una oficina de Atención al Usuario y 17 buzones de sugerencias y reclamos en cada servicio donde el cliente externo e interno deposita sus quejas, sugerencias y/o felicitaciones, que interactúa con la página de PQR de la Secretaría de Salud, que puede utilizarse para el mejoramiento continuo de los servicios en miras de la satisfacción del cliente interno y externo, a su vez podría apoyarse para el cumplimiento de la misión y visión del Hospital Santa Clara.

A pesar del sistema de comunicación establecido por la entidad, la secretaria y los ciudadanos se evidencia que el personal tiene actitud poco cordial con los

usuarios, no se toman correctivos por parte de los jefes inmediatos o de la alta dirección para el cumplimiento de las metas. El personal encargado del direccionamiento de la asignación de citas y la ubicación de los servicios no se encuentra en los sitios de trabajo, no existen filas preferentes, la información no es clara para el usuario.

En la vigencia del 2011 existe un consolidado de quejas, sugerencias, felicitaciones discriminado de la siguiente manera:

**CUADRO 39**  
**CONSOLIDADO DE PETICIONES**

Clasificación	Cantidad
Reclamo	424
Queja	264
Derecho de petición	36
Sugerencia	11
Solicitud	7
Total	742
Felicitaciones	123

Fuente: Oficina de Atención al Usuario 2011

La muestra analizada corresponde a 37 PQRs entre quejas y reclamos, algunas felicitaciones presentadas por los usuarios del Hospital Santa Clara, se evaluaron dos parámetros la calidad y oportunidad de las respuestas y los correctivos para la mejora de los servicios además de la correlación con la página de PQR de la Secretaría de Salud. Al analizar la información presentada por la oficina de atención al usuario se llegó a la conclusión que los servicios en los que se presenta mayor incomodidad son Urgencias, Central de citas, Facturación, rayos X, Farmacias, Gastroenterología, Ortopedia, Cirugía, Salud mental, Atención al Usuario. Además de evidenciar la problemática en la asignación de las citas con las especialidades y el no uso del PBX.

En ejercicio del control fiscal y en desarrollo del proceso auditor se recibieron cuatro quejas de ciudadanos activos referidos al manejo de los dineros públicos en el Distrito Capital, tres escritas y una verbal, de las cuales uno es anónimo, a las cuales se les dio trámite de conformidad con los procedimientos de la Contraloría de Bogotá y se escuchó al usuario.

3.8.1 Personal de planta y de contrato del área de atención al usuario y mantenimiento no se encuentra realizando las funciones y/o obligaciones propias de sus actividades, evidenciándose ausencia de personal en los servicios de información al usuario, y asignación de citas, de otra parte no existen ventanillas de atención prioritaria para: mayores de 60 años, discapacitados, mujeres

embarazadas o con niños de brazos, incumpliendo con lo normado en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.2 El PBX del Hospital no funciona para asignación de la consulta especializada, ni la línea 195 de la Secretaria de Salud, lo que denota falencias en los procedimientos de asignación de citas, generando que los usuarios inician filas desde 8 a.m. hasta las 10 p.m. o hasta el día siguiente y se asignan solo 100 fichas para la consulta del mes, comportamiento que genera un represamiento en la asignación de las citas antes mencionadas, incumpliendo con lo normado en el artículo 2 Ley 87 de 1993.

3.8.3 En los A-Z donde se reportan los requerimientos de informes de PQR se observó incumplimiento en los términos para dar respuesta (mes, mes y medio), algunos no aparecen en la página PQR de la Secretaria de Salud. De otra parte no responden oportunamente las quejas interpuestas por los clientes internos relacionadas con falencias que ellos observan en sus sitios de trabajo, las áreas administrativas no asumen responsabilidades, no brinda ni formula acciones correctivas, incumpliendo el artículo 2 Ley 87 de 1993 y lo normado en el Código contencioso administrativo y el artículo 34 de la Ley 734 de 2003.

3.8.4 En el servicio de urgencias se observó debilidades en el trato a los usuarios toda vez que no brinda calidez y cordialidad a los pacientes; estos se encontraban durmiendo en el piso, se tardan en la atención para urgencias vitales, a pesar de evidenciarse la presencia de ambulancias y paramédicos en el lugar, así mismo no llegan los brigadistas, incumpliendo el artículo 2 Ley 87 de 1993.

3.8.5 En actas de comité de Fármaco Vigilancia se observa que se presentan accidentes por rupturas de equipos en procedimientos, lo que se debe a personal con poca experiencia y sin capacitación incumpliendo lo normado en el artículo 2 Ley 87 de 1993.

### 3.9 SEGUIMIENTO A LOS PRONUNCIAMIENTOS Y CONTROLES DE ADVERTENCIA.

El Hospital Santa Clara para adelantar el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales financiados con recursos del situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, ordenado en: 1) Resoluciones 3815 de 2003, 2) Circular Externa 049 de 2004, 3) Decreto 1636 de 2006 4) La Ley 1438 de enero de 2011 y en cumplimiento a la Circular de Cierre 033-2011 por las cuales el Ministerio de Protección Social ha girado recursos con el fin de cubrir el Sistema General de Seguridad Social de los funcionarios.



En cuanto a los Aportes Patronales Fondo de EPS en los que se incluye la depuración de cuentas con las empresas promotoras de salud, pensiones, cesantías y ARP, se encuentra en conciliación con el ISS ya que el acta esta en proceso de actualización de firmas.

Por concepto de conciliación del Fondo de Cesantías; Fondo Nacional del Ahorro, Provenir, Horizonte, Skandia, Protección, ING, se evidencia gestión que impulsa los respectivos procesos de conciliación.

Se evidencia proceso de conciliación con los fondos de pensiones Cajanal, Santander ING, Porvenir, Horizonte, Skandia, Protección, se presentaron dificultades en la depuración de la deuda debido a que se ha podido establecer la información para la depuración de la presunta deuda con Colfondos y con el ISS se encuentra en conciliación ya que el acta esta en proceso de actualización de firmas.

### 3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTA

La rendición de la cuenta del Hospital Santa Clara III NA ESE, reportada a la Contraloría Distrital a través del aplicativo SIVICOF, en cumplimiento de la Resolución No. 034 de diciembre 21 de 2009, fue presentada dentro de los términos prescritos en la forma y métodos establecidos en cada uno de los componentes

## 4 ANEXOS

### 4.1 HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (Miles \$)	REFERENCIACION			
ADMINISTRATIVOS	46		3.2.1	3.3.1.5	3.5.9	3.7.1
			3.2.2	3.3.1.6	3.5.10	3.7.2
			3.2.3	3.3.1.7	3.5.11	3.7.3
			3.2.4	3.4.1	3.5.12	3.7.4
			3.2.5	3.5.1	3.6.1.1	3.7.5
			3.2.6	3.5.2	3.6.1.2	3.8.1
			3.3.1	3.5.3	3.6.1.3	3.8.2
			3.3.2	3.5.4	3.6.1.4	3.8.3
			3.3.1.1	3.5.5	3.6.1.5	3.8.4
			3.3.1.2	3.5.6	3.6.1.6	3.8.5
			3.3.1.3	3.5.7	3.6.1.7	
3.3.1.4	3.5.8	3.6.1.8				
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	3		3.2.5			
			3.5.8			
			3.8.3			
CON INCIDENCIA FISCAL	0					
CON INCIDENCIA PENAL	0					



## 4.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Ver anexo de Plan de Mejoramiento.



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.5 EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.5. Incumplimiento a las obligaciones señaladas en el Manual de Contratación y en el anexo del Acuerdo 17 de 2002.	Anexar a la carpeta contractual los documentos soportes de todas las etapas contractuales.	Eficacia Cobertura: Total de contratos con todos los soportes de las etapas contractuales X 100 // Total de los contratos elaborados en el Hospital	100% cumplimiento de la accion	Oficina Jurídica- Área de Recursos Físicos- Área de Mantenimiento	Dra Luz Yaneth Torres G. Jefe Oficina Jurídica, Dra. Martha Moreno - Profesional Especializado Área Recursos Físicos, Hernán Gómez E. Profesional Especializado Área Mantenimiento.	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Eficacia Cobertura= 90%	90	Se revisaron mediante muestra los contratos con formalidades plenas, las ordenes de compra, las ordenes de trabajo y cuentan con los soportes. PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	Se cierra en este ejercicio, pero se abre en la vigencia auditada 2011 Plan de Auditoria 2012; De otra parte, se requiere mayor control y seguimiento por parte de los sujetos actores en el proceso de contratación.	CERRADA
2.1 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2.1.4.1 La entidad se encuentra en el proceso de validación, organización, conservación, manejo y custodia tanto de los archivos de gestión como del archivo central. Si bien la entidad tiene las normas de carácter general y disposiciones internas, no se evidencia la aplicación de procedimientos mínimos que permitan consultar un archivo con una secuencia lógica tanto de fecha como de actuaciones, caso concreto como el de las carpetas contentivas de los contratos, al igual que las repetidas solicitudes de historias clínicas que no aparecen en el momento en que son requeridas. Adicionalmente, los contratos solicitados por la auditoría y presentados y/o entregados por el Hospital no cuentan con la información completa y suficiente que permita establecer las actuaciones surtidas en el proceso de selección, perfeccionamiento, ejecución y liquidación de los mismos y por ende no permite determinar el estado real de los mismos. Incumpliendo con el literal e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	1- Actualizar a los funcionarios y contratistas administrativos en el tema de organización y archivo de documentos en las áreas. 2- Socializar los procedimientos de solicitudes y préstamos de historias clínicas, con los líderes de cada área. 3- Elaborar cronograma de actualización y socialización a funcionarios y contratistas del área sistencial en los temas de organización y archivo de documentos en las áreas y solicitudes y préstamos de historias clínicas.	1- Cumplimiento: No. De personas capacitadas/ No. De personas programadas de acuerdo a informacion suministrada por cada lider de proceso administrativo. 2- Cumplimiento: Socialización de procedimiento a los líderes de las Unidades Funcionales Cronograma elaborado.	1. 100% de funcionarios Administrativos, delegados por los líderes de cada area capacitados. 2. Socialización de los procedimientos al 100% de los líderes de proceso pertinentes. 3. Cronograma elaborado.	Oficina de Planeación Área Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	1- Doctor Jairo Enrique Romo Ortiz - Jefe oficina de Planeación. 2- Doctora Edilsa Maury - Lider Area Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Total personas a capacitar 112/Capacitadas 112=100% Cumplimiento=100%	100	En el 2010 y lo que va corrido del 2011 se han hecho las capacitaciones. Procedimiento que se esta cumpliendo al 100% por parte de las áreas, se presentan los informes en el comité de historias clínicas. Se elaboró el cronograma de capacitaciones y se dio cumplimiento SE ADJUNTA CUADERNILLO "GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO - ACTAS DE CAPACITACION"	La entidad adjunto dos cuadernillos: 1. Área de Gestión documental y archivo, series actas, subseries: Actas de capacitación. Sin número de folios. En las que aparece actas con firmas, con título en esfero; "Capacitación Gestión Documental SIGA y TRD. Comité Directivo, con fecha enmendada 05-08-2010, en la segunda página se encuentra con fecha 06-08-2010. Se encuentra repetido el mismo folio. Agosto-13-10, Agosto-18-2010 tema Organización Documental, acta de reunión para Transferencia documental primaria garantía de la calidad.	CERRADA
2.1 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2.1.4.1 La entidad se encuentra en el proceso de validación, organización, conservación, manejo y custodia tanto de los archivos de gestión como del archivo central. Si bien la entidad tiene las normas de carácter general y disposiciones internas, no se evidencia la aplicación de procedimientos mínimos que permitan consultar un archivo con una secuencia lógica tanto de fecha como de actuaciones, caso concreto como el de las carpetas contentivas de los contratos, al igual que las repetidas solicitudes de historias clínicas que no aparecen en el momento en que son requeridas. Adicionalmente, los contratos solicitados por la auditoría y presentados y/o entregados por el Hospital no cuentan con la información completa y suficiente que permita establecer las actuaciones surtidas en el proceso de selección, perfeccionamiento, ejecución y liquidación de los mismos y por ende no permite determinar el estado real de los mismos. Incumpliendo con el literal e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	1- Actualizar a los funcionarios y contratistas administrativos en el tema de organización y archivo de documentos en las áreas. 2- Socializar los procedimientos de solicitudes y préstamos de historias clínicas, con los líderes de cada área. 3- Elaborar cronograma de actualización y socialización a funcionarios y contratistas del área sistencial en los temas de organización y archivo de documentos en las áreas y solicitudes y préstamos de historias clínicas.	1- Cumplimiento: No. De personas capacitadas/ No. De personas programadas de acuerdo a informacion suministrada por cada lider de proceso administrativo. 2- Cumplimiento: Socialización de procedimiento a los líderes de las Unidades Funcionales Cronograma elaborado.	1. 100% de funcionarios Administrativos, delegados por los líderes de cada area capacitados. 2. Socialización de los procedimientos al 100% de los líderes de proceso pertinentes. 3. Cronograma elaborado.	Oficina de Planeación Área Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	1- Doctor Jairo Enrique Romo Ortiz - Jefe oficina de Planeación. 2- Doctora Edilsa Maury - Lider Area Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Total personas a capacitar 112/Capacitadas 112=100% Cumplimiento=100%	100	En el 2010 y lo que va corrido del 2011 se han hecho las capacitaciones. Procedimiento que se esta cumpliendo al 100% por parte de las áreas, se presentan los informes en el comité de historias clínicas. Se elaboró el cronograma de capacitaciones y se dio cumplimiento SE ADJUNTA CUADERNILLO "GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO - ACTAS DE CAPACITACION"	1. Asistencia a la reunión con fecha AGOSTO -13-10, tema: Capacitación G. documental- SIGA, TRD. Con veinticinco firmas.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS METAS DEL PLAN DE TRABAJO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
2.1 EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO	2.1.4.1 La entidad se encuentra en el proceso de validación, organización, conservación, manejo y custodia tanto de los archivos de gestión como del archivo central. Si bien la entidad tiene las normas de carácter general y disposiciones internas, no se evidencia la aplicación de procedimientos mínimos que permitan consultar un archivo con una secuencia lógica tanto de fecha como de actuaciones, caso concreto como el de las carpetas contentivas de los contratos, al igual que las repetidas solicitudes de historias clínicas que no aparecen en el momento en que son requeridas. Adicionalmente, los contratos solicitados por la auditoría y presentados y/o entregados por el Hospital no cuentan con la información completa y suficiente que permita establecer las actuaciones surtidas en el proceso de selección, perfeccionamiento, ejecución y liquidación de los mismos y por ende no permite determinar el estado real de los mismos. Incumpliendo con el literal e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	1- Actualizar a los funcionarios y contratistas administrativos en el tema de organización y archivo de documentos en las áreas. 2- Socializar los procedimientos de solicitudes y préstamos de historias clínicas, con los líderes de cada área. 3- Elaborar cronograma de actualización y socialización a funcionarios y contratistas del área sistencial en los temas de organización y archivo de documentos en las áreas y solicitudes y préstamos de historias clínicas.	1- Cumplimiento: No. De personas capacitadas/ No. De personas programadas de acuerdo a información suministrada por cada líder de proceso administrativo. 2- Cumplimiento: Socialización de procedimiento a los líderes de las Unidades Funcionales. 3- Cumplimiento: Cronograma elaborado.	1. 100% de funcionarios Administrativos, delegados por los líderes de cada área capacitados. 2. Socialización de los procedimientos de los líderes de los pertinentes. 3. Cronograma elaborado.	Oficina de Planeación - Área Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	1- Doctor Jairo Enrique Romo Ortiz - Jefe oficina de Planeación. 2- Doctora Edilsa Maury - Líder Área Gestión Documental, Archivo y Correspondencia	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Total personas a capacitar 112/Capacitadas 112=100% Cumplimiento=100%	100	En el 2010 y lo que va corrido del 2011 se han hecho las capacitaciones. Procedimiento que se está cumpliendo al 100% por parte de las áreas, se presentan los informes en el comité de historias clínicas. Se elaboró el cronograma de capacitaciones y se dio cumplimiento SE ADJUNTA CUADERNILLO "GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO - ACTAS DE CAPACITACION"	La entidad adjunto dos cuadernillos: 1. Área de Gestión documental y archivo, series actas, subseries: Actas de capacitación. Sin número de folios. En las que aparece actas con firmas, con título en esfero; "Capacitación Gestión Documental SIGA y TRD. Comité Directivo, con fecha enmendada 05-08-2010, en la segunda página se encuentra con fecha 06-08-2010. Se encuentra repetido el mismo folio. Agosto-13-10, Agosto-18-2010 tema Organización Documental, acta de reunión para Transferencia documental primaria garantía de la calidad.	
3.5 EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.3. Inobservancia a lo normado, en especial el incumplimiento a las obligaciones estipuladas en el Manual Interno de Contratación del Hospital. La verificación del cumplimiento normativo en la celebración de los contratos permite concluir que ningún contrato celebrado por el Hospital cumple en su totalidad con lo establecido en el Manual de Contratación. La Contratación se encuentra desagregada en diferentes áreas del Hospital, es decir, se presentan situaciones que rompen la unidad documental en contra de la legalidad de los contratos, en especial los denominados contratos sin formalidades plenas, que conllevan al incumplimiento de los principios consagrados en el artículo 209 de Contratación, y señalados en el artículo 23 del Manual de Procedimientos Interiores de Contratación del Hospital, las leyes como Código Único Disciplinario Ley 734-02 art. 34 y la Constitución Política Título I de los principios fundamentales Art. 6.	Verificar en la hoja de ruta del contrato, el cumplimiento de las etapas contractuales con el anexo de los documentos soporte.	Indicador de cumplimiento =Número de contratos con el seguimiento de la hoja de ruta/Número de contratos con formalidades plenasX100%	100% de los contratos con hoja de ruta debidamente diligenciada.	Jurídica	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador de Cumplimiento= 100%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas revisados, se cuenta con hoja de ruta diligenciada y con todos los soportes de las diferentes etapas contractuales PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	3. 26 DE AGOSTO DE 2010, CAPACITACION GESTION DOCUMENTAL- SIGA-TRD, CON 30 FIRMAS.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS ENTIDADES QUE SE CONTROLAN	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.5 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	3.5.5. Acerca de la justificación o estudios previos. La celebración de órdenes de prestación de servicios o de suministros y los de menor cuantía deberá contar con la debida justificación previa para la realización del contrato o con los estudios previos a su suscripción de acuerdo con la modalidad del contrato y la necesidad del área que lo requiere. A manera de ejemplo se citan los siguientes contratos J004-08, J009-08 J007-08, J026-08, J039-08, J054-08, J084-07, J029-08 con Formalidades Plenas de Menor cuantía; los ordenes AS679-08; AS143-08; J041-08; J072-08, J018-08, orden de compra 7089, 7227 y 7260 de 2008, que omiten el requerimiento, justificación y estudio de precios. Incumpliendo Art. 10 y 11, Capitulo III Acuerdo 17 de 2002 Manual Procedimiento de Contratación.	Verificar en la hoja de ruta del contrato, el cumplimiento de las etapas contractuales con el anexo de los documentos soporte. Cumplimiento estricto del Manual de Procedimientos Interno de Contratación del Hospital, el Codigo Unico Disciplinario, la Ley 734 de 2002 Art. 34 y la Constitución Política de Colombia Título I de los Principios Fundamentals Art. 6(1)., en cuanto a procesos contractuales se refiere, que para el caso específico de la Oficina de Recursos Físicos corresponde a Ordenes de Compra	Indicador de cumplimiento =Número de contratos con el seguimiento de la hoja de ruta/Número de contratos con formalidades plenasX100% Indicador de Cumplimiento= Numero de Ordenes de Compra debidamente documentadas con: requerimientos, estudios previos y justificaciones previas a la contratacion/Numero total de Ordenes de Compra realizadas	100% de los contratos con hoja de ruta debidamente diligenciada. 100% de las ordenes de compra con lista de chequeo debidamente diligenciada y soportes	Talento Humano Jurídica Recursos Físicos	Dr. John Ramos Dra. Luz Yaneth Torres Dra. Martha Moreno	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador de Cumplimiento= 100% Indicador de Cumplimiento= 90%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas y ordenes de compra revisadas, se cuenta con hoja de ruta diligenciada. PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	4. Dic 9/2010, asunto: Revisión TRD del área de Calidad. Firmado por tres asistentes.	
3.5 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	3.5.5. Acerca de la justificación o estudios previos. La celebración de órdenes de prestación de servicios o de suministros y los de menor cuantía deberá contar con la debida justificación previa para la realización del contrato o con los estudios previos a su suscripción de acuerdo con la modalidad del contrato y la necesidad del área que lo requiere. A manera de ejemplo se citan los siguientes contratos J004-08, J009-08 J007-08, J026-08, J039-08, J054-08, J084-07, J029-08 con Formalidades Plenas de Menor cuantía; los ordenes AS679-08; AS143-08; J041-08; J072-08, J018-08, orden de compra 7089, 7227 y 7260 de 2008, que omiten el requerimiento, justificación y estudio de precios. Incumpliendo Art. 10 y 11, Capitulo III Acuerdo 17 de 2002 Manual Procedimiento de Contratación.	Verificar en la hoja de ruta del contrato, el cumplimiento de las etapas contractuales con el anexo de los documentos soporte. Cumplimiento estricto del Manual de Procedimientos Interno de Contratación del Hospital, el Codigo Unico Disciplinario, la Ley 734 de 2002 Art. 34 y la Constitución Política de Colombia Título I de los Principios Fundamentals Art. 6(1)., en cuanto a procesos contractuales se refiere, que para el caso específico de la Oficina de Recursos Físicos corresponde a Ordenes de Compra	Indicador de cumplimiento =Número de contratos con el seguimiento de la hoja de ruta/Número de contratos con formalidades plenasX100% Indicador de Cumplimiento= Numero de Ordenes de Compra debidamente documentadas con: requerimientos, estudios previos y justificaciones previas a la contratacion/Numero total de Ordenes de Compra realizadas	100% de los contratos con hoja de ruta debidamente diligenciada. 100% de las ordenes de compra con lista de chequeo debidamente diligenciada y soportes	Talento Humano Jurídica Recursos Físicos	Dr. John Ramos Dra. Luz Yaneth Torres Dra. Martha Moreno	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador de Cumplimiento= 100% Indicador de Cumplimiento= 90%	90	De la muestra de contratos con formalidades plenas y ordenes de compra revisadas, se cuenta con hoja de ruta diligenciada. PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	5. Acta de reunión con fecha 10/12/10, Evaluación de la TRD DEL área de GESTION DE MANTENIMIENTO. En el contenido del acta se encuentra otra fecha 19 ENERO 2011, en el que aparece se revisa nuevamente TRD se ajusta, agregando correspondencia, planilla asignación de actividades. Con compromisos establecidos REVISION T.R.D E INDUCCION DEL PROCESO DE TRANSFERENCIAS, con dos firmas.	CERRADA
3.5 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	3.5.6. Indebida custodia de la información, duplicidad de documentos y falta informe de supervisores. En la muestra de contratos seleccionada para la auditoria se observa que no todas las carpetas de los contratos cuentan con los documentos que soportan las acciones ejecutadas en cada una de las etapas contractuales, de acuerdo con la modalidad del contrato. A manera de ejemplo se citan los siguientes contratos J004-08, J009-08 J007-08, J026-08, J039-08, J054-08, J084-07, J029-08 con Formalidades Plenas de Menor cuantía;	1-Verificar en la hoja de ruta del contrato, el cumplimiento de las etapas contractuales con el anexo de los documentos soporte. 2- Cumplimiento estricto del Manual de Procedimientos Interno de Contratación del Hospital, el Codigo Unico Disciplinario, la Ley 734 de 2002 Art. 34 y la Constitución	Indicador de cumplimiento =Número de contratos con el seguimiento de la hoja de ruta/Número de contratos con formalidades plenasX100% Indicador de Cumplimiento= Carpetas de Ordenes de Compra debidamente	100% de los contratos con hoja de ruta debidamente diligenciada. 100% de las ordenes de compra con lista de chequeo debidamente diligenciada y soportes	Talento Humano Jurídica Recursos Físicos	Dr. John Ramos Dra. Luz Yaneth Torres Dra. Martha Moreno	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador de Cumplimiento= 100% Indicador de Cumplimiento= 100%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas y ordenes de compra revisados, se cuenta con hoja de ruta diligenciada, se evidencia que cuentan con los sopotes en la carpeta contractual . PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	6. Tabla de retención documental, Entidad productora: Gestión Documental, Oficina productora Archivo de historias Clínicas Y GESTION DOCUMENTAL. Con procedimientos 6 folios.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS ENTIDADES QUE SE ENVIÓ	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	los ordenes AS679-08; AS143-08; J041-08; J072-08, J018-08, orden de compra 7089, 7227 y 7260 de 2008. Incumpliendo con el Art. 10 (1), 25, 32, 33 Capitulo III, V, VI, Acuerdo 17 de 2002 Manual Procedimiento de Contratación. Partiendo de lo estipulado en el manual para la custodia de los contratos ?El Jefe de la dependencia encargada de la custodia de los contratos, llevará por cada uno de ellos una hoja de ruta en la que deberá incorporarse debidamente foliados sus antecedentes, los documentos que forman parte de la etapa precontractual, el texto del mismo, las garantías si existieran, actas de recibo y entregas, constancias de los pagos parciales y totales y de todo lo que ocurra en la etapa de ejecución, acta bilateral de liquidación o el acto administrativo que lo liquida unilateralmente, si es del caso, y copia del paz y salvo que se le entregará al contratista?	Política de Colombia Título I de los Principios Fundamentales Art. 6(1)., en cuanto a la debida custodia de la informacion que debe reposar en los contratos y que soportan las diferentes etapas contractuales	soportadas en sus tres etapas contractuales/Total Ordenes de compra realizadas en el periodo											
3.5. EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.6. Indebida custodia de la información, duplicación de documentos y falta informe de supervisores. En la muestra de contratos seleccionada para la auditoría se observa que no todas las carpetas de los contratos cuentan con los documentos que soportan las acciones ejecutadas en cada una de las etapas contractuales, de acuerdo con la modalidad del contrato. A manera de ejemplo se citan los siguientes contratos J004-08, J009-08 J007-08, J026-08, J039-08, J054-08, J084-07, J029-08 con Formalidades Plenas de Menor cuantía; los ordenes AS679-08; AS143-08; J041-08; J072-08, J018-08, orden de compra 7089, 7227 y 7260 de 2008. Incumpliendo con el Art. 10 (1), 25, 32, 33 Capitulo III, V, VI, Acuerdo 17 de 2002 Manual Procedimiento de Contratación. Partiendo de lo estipulado en el manual para la custodia de los contratos ?El Jefe de la dependencia encargada de la custodia de los contratos, llevará por cada uno de ellos una hoja de ruta en la que deberá incorporarse debidamente foliados sus antecedentes, los documentos que forman parte de la etapa precontractual, el texto del mismo, las garantías si existieran, actas de recibo y entregas, constancias de los pagos parciales y totales y de todo lo que ocurra en la etapa de ejecución, acta bilateral de liquidación o el acto administrativo que lo liquida unilateralmente, si es del caso, y copia del paz y salvo que se le entregará al contratista?.	1-Verificar en la hoja de ruta del contrato, el cumplimiento de las etapas contractuales con el anexo de los documentos soporte. 2- Cumplimiento estricto del Manual de Procedimientos Interno de Contratación del Hospital, el Código Unico Disciplinario, la Ley 734 de 2002 Art. 34 y la Constitución Política de Colombia Título I de los Principios Fundamentales Art. 6(1)., en cuanto a la debida custodia de la informacion que debe reposar en los contratos y que soportan las diferentes etapas contractuales	Indicador de cumplimiento =Número de contratos con el seguimiento de la hoja de ruta/Número de contratos con formalidades plenasX100% Indicador de Cumplimiento= Carpetas de Ordenes de Compra debidamente soportadas en sus tres etapas contractuales/Total Ordenes de compra realizadas en el periodo	100% de los contratos con hoja de ruta debidamente diligenciada. 100% de las ordenes de compra con lista de chequeo debidamente diligenciada y soportes	Talento Humano Jurídica Recursos Físicos	Dr. John Ramos Dra. Luz Yaneth Torres Dra. Martha Moreno	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador de Cumplimiento= 100% Indicador de Cumplimiento= 100%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas y ordenes de compra revisados, se cuenta con hoja de ruta diligenciada, se evidencia que cuentan con los sopotes en la carpeta contractual . PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	7. Junio de 2011, capacitación en TRD, aplicaciones	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO L0	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.8 EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS	3.8.1El instrumento de registro y control de medicamentos pendientes por entregar a los pacientes que tienen este derecho de manera directa en las farmacias del hospital no es efectivo para garantizar su entrega. A la fecha la entidad no cuenta con un control eficiente y efectivo que permita conocer en tiempo real de manera global e individualizado cuales solicitudes se encuentran pendientes por ser satisfechas, en que consecutivo se consignó el pendiente entregado, el registro de cuando se realizó la entrega de medicamentos, cuales aún están por entregar, si el paciente es un adulto mayor de 62 que en virtud del cumplimiento de la ley 1171 de 2007 la institución está obligada a entregar los medicamentos en casa y dentro del término de 72 horas, el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente lo solicitó y su satisfacción o en mora de atender, si es recurrente la ocurrencia de su no entrega sobre la misma petición (ha asistido varias veces a la farmacia y no hay el medicamento) y o es recurrente este tipo de eventos con el mismo paciente, las acciones de choque implementadas, la fecha de comunicación con el usuario afectado, el medio su efectividad para su localización y materialización de la entrega. Se incumple los principios de oportunidad y la ley 1171 de 2007, en relación con la entrega de medicamentos para adulto mayor de 62 años en su lugar de residencia cuando la entidad no tuvo capacidad de hacer efectiva la entrega del medicamento cuando éste se presentó o lo solicitó a la farmacia del hospital.	Revisión, actualización e implementación del proceso, adaptándolo a la normatividad vigente Actualizar el documento, dejando evidencia de las llamadas realizadas a los usuarios, Se hará seguimiento semanal a la compra de medicamentos para su oportuna entrega a los usuarios.	Cumplimiento= Proceso implementado eficacia= Numero de actividades registradas en formato /total de actividades realizadas *100	100% implementado el proceso registrar el 100% de las actividades registradas.	Subdirección Científica -Farmacia Almacén	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Lina Serna Sr. Miguel Angel Cortes T	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador = 100% Eficacia = 70%	100	Se cuenta con un procedimiento PC- FX- 13-V2, ENTREGA DE MEDICAMENTOS PENDIENTES A partir de noviembre/10 se diligencia una matriz en excel que contiene fecha, nombre del paciente, medicamento, cantidad, eps, si es pos o no pos, si tiene tutela adicionalmente cuenta una columna para diligenciar que contiene nombre de la persona que llama por parte del HSC quien recibe la llamada y la hora, cuando se entrega y quien recibe esta matriz es alimentada diariamente, (matriz que se puede consultar en farmacia central con el líder). Con base en la matriz se genera la solicitud de compra de pendientes, se envía a Recursos Físicos para la compra, los químicos de la farmacia hacen seguimiento, para su compra oportuna cuando es un caso específico se tramita la compra a través del Almacén. SE ADJUNTA EL PROCEDIMIENTO , ESTA CONTENIDO EN NUMERAL 3.2.1.1.1 VIGENCIA 2010	Aunque se evidencia un cuadro de excell, que contiene información de los pacientes, no se encuentra diligenciado en su totalidad.	EJECUCION
3.8 EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS	3.8.1El instrumento de registro y control de medicamentos pendientes por entregar a los pacientes que tienen este derecho de manera directa en las farmacias del hospital no es efectivo para garantizar su entrega. A la fecha la entidad no cuenta con un control eficiente y efectivo que permita conocer en tiempo real de manera global e individualizado cuales solicitudes se encuentran pendientes por ser satisfechas, en que consecutivo se consignó el pendiente entregado, el registro de cuando se realizó la entrega de medicamentos, cuales aún están por entregar, si el paciente es un adulto mayor de 62 que en virtud del cumplimiento de la ley 1171 de 2007 la institución está obligada a entregar los medicamentos en casa y dentro del	Revisión, actualización e implementación del proceso, adaptándolo a la normatividad vigente Actualizar el documento, dejando evidencia de las llamadas realizadas a los usuarios, Se hará seguimiento semanal a la compra de medicamentos para su oportuna entrega a los usuarios.	Cumplimiento= Proceso implementado eficacia= Numero de actividades registradas en formato /total de actividades realizadas *100	100% implementado el proceso registrar el 100% de las actividades registradas.	Subdirección Científica Almacén	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Lina Serna Sr. Miguel Angel Cortes T	N/A	10/06/2010	09/08/2010	Indicador = 100% Eficacia = 70%	70			



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE EFECTIVO EN LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO INTERNO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	término de 72 horas, el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente lo solicitó y su satisfacción o en mora de atender, si es recurrente la ocurrencia de su no entrega sobre la misma petición (ha asistido varias veces a la farmacia y no hay el medicamento) y o es recurrente este tipo de eventos con el mismo paciente, las acciones de choque implementadas, la fecha de comunicación con el usuario afectado, el medio su efectividad para su localización y materialización de la entrega. Se incumple los principios de oportunidad y la ley 1171 de 2007, en relación con la entrega de medicamentos para adulto mayor de 62 años en su lugar de residencia cuando la entidad no tuvo capacidad de hacer efectiva la entrega del medicamento cuando éste se presentó o lo solicitó a la farmacia del hospital.													
3.2. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.1.2.2 No obstante la entidad ha realizado actividades de bienestar con recursos asignados al jefe de talento humano a través de avances en efectivo; esta auditoría detectó que este trámite no obedece a los procedimientos para efectuar avances en efectivo, es decir esta actividad no es considerada como urgente e imprescindible; características indispensables para la utilización de estos recursos públicos. Por otra parte la legalización de los avances no se dio dentro de los términos establecidos así: VER CUADRO AVANCES EN EFECTIVO ? INCENTIVOS HSC Resolución Fecha Resolución Valor Asignado Fecha de Legalización Resolución 048 Marzo 2 de 2009 4'350.000 8 Abril de 2009 Resolución No. 057 Julio 2 de 2009 10.000.000 11 de Agosto de 2009 Resolución No. 0200 Agosto 1º de 2009 12.270.000 11 de Agosto de 2009 Resolución No. 0372 Diciembre 21 de 2009 2.900.000 Diciembre 29 de 2009 TOTAL 29'520.000 Fuente Oficina de Talento Humano Con lo anterior se trasgredió lo contemplado en los artículos 20, 21, 22 y 23 del Decreto 061 de 2007 y en el numeral 2 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	Manejar los avances en efectivo como lo establece el Decreto 061 de 2007	Indicador de Cumplimiento = No. Avances legalizados/No. Avances realizados	100% de los avances legalizados oportunamente	SUBDIREC. ADMINISTRATIVA FINANCIERA	Dr. Saen Puentes Vega Dra. Esperanza Quevedo Dra. Adriana Guzman Dra. Gladys Galindo	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=21/21*100=100%	100	Los avances se manejan de acuerdo a lo establecido en el Decreto 061 de 2007. SE ADJUNTAN LAS RESOLUCIONES Y SUS LEGALIZACIONES DE TODOS LOS AVANCES DE LA VIGENCIA.	Los avances se manejan de acuerdo a lo establecido en el Decreto 061 de 2007. SE ADJUNTAN LAS RESOLUCIONES Y SUS LEGALIZACIONES DE TODOS LOS AVANCES DE LA VIGENCIA.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS ENTIDADES QUE SE ENVIAN A CONTROL	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.2.2.1 Según ?Listado maestro de documentos- procedimientos?, la entidad cuenta al menos con 400 procedimientos aprobados mediante acuerdo 468 de 2008; de los cuales el 23% han tenido actualizaciones y ajustes a la plataforma estratégica. Lo que conlleva a un riesgo alto para la entidad, permitiendo en algunos casos que el personal desconozca de la existencia de estos procedimientos. De igual manera se evidenció que los puntos de control no se desarrollan en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general Lo anterior pone en riesgo a la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% el cumplimiento del control interno trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f), h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1- Elaborar un cronograma de revision y actualizacion de procesos incluyendo puntos de control y flujogramas. 2- El área de Garantía de calidad socializara el listado maestro de procesos y procedimientos actualizado. 3- Seguimiento por parte de la oficina de Gestion y Control Interno al cumplimiento del cronograma.	1- Cumplimiento= Elaboracion del Cronograma de revision y actualizaion del procesos. 2- Cumplimiento = listado maestro socializado. 3. Seguimiento de cumplimiento cronograma	1- Cumplimiento del cronograma de revision y/o actualizacion de pprocesos. 2.- Listado maestro socializado. 3- Seguimiento a la socializacion de los procesos nuevos y/o actualizados.	GARANTIA DE LA CALIDAD OFICINA DE GESTION Y CONTROL INTERNO	1- Lic. Martha Sabogal 2- Dra. Wilma Rocio Bejarano G.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=69% Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	69	Se ajusto con el cronograma por que se cambio la persona asignada para la actualización de los procesos, éste fue socializado en el Comité de Garantía de la Calidad el 27 de agosto/11, fue enviado por correo electrónico. El listado maestro de procesos y procedimientos, se encuentra en la intranet En el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, se ha oficiado a la Oficina de garantía de la Calidad, asistencia a Comité de Gestión de Calidad y seguimiento al Plan de mejoramiento SE ADJUNTAN LOS SOPORTES QUE ENVÍA LA OFICINA DE CALIDAD	Se ajustó con el cronograma por que se cambio la persona asignada para la actualización de los procesos, éste fue socializado en el Comité de Garantía de la Calidad el 27 de agosto/11, fue enviado por correo electrónico. El listado maestro de procesos y procedimientos, se encuentra en la intranet En el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, se ha oficiado a la Oficina de garantía de la Calidad, asistencia a Comité de Gestión de	
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.2.2.1 Según ?Listado maestro de documentos- procedimientos?, la entidad cuenta al menos con 400 procedimientos aprobados mediante acuerdo 468 de 2008; de los cuales el 23% han tenido actualizaciones y ajustes a la plataforma estratégica. Lo que conlleva a un riesgo alto para la entidad, permitiendo en algunos casos que el personal desconozca de la existencia de estos procedimientos. De igual manera se evidenció que los puntos de control no se desarrollan en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general Lo anterior pone en riesgo a la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% el cumplimiento del control interno trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f), h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1- Elaborar un cronograma de revision y actualizacion de procesos incluyendo puntos de control y flujogramas. 2- El área de Garantía de calidad socializara el listado maestro de procesos y procedimientos actualizado. 3- Seguimiento por parte de la oficina de Gestion y Control Interno al cumplimiento del cronograma.	1- Cumplimiento= Elaboracion del Cronograma de revision y actualizaion del procesos. 2- Cumplimiento = listado maestro socializado. 3. Seguimiento de cumplimiento cronograma	1- Cumplimiento del cronograma de revision y/o actualizacion de pprocesos. 2.- Listado maestro socializado. 3- Seguimiento a la socializacion de los procesos nuevos y/o actualizados.	GARANTIA DE LA CALIDAD OFICINA DE GESTION Y CONTROL INTERNO	1- Lic. Martha Sabogal 2- Dra. Wilma Rocio Bejarano G.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=69% Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se ajusto con el cronograma por que se cambio la persona asignada para la actualización de los procesos, éste fue socializado en el Comité de Garantía de la Calidad el 27 de agosto/11, fue enviado por correo electrónico. El listado maestro de procesos y procedimientos, se encuentra en la intranet En el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, se ha oficiado a la Oficina de garantía de la Calidad, asistencia a Comité de Gestión de Calidad y seguimiento al Plan de mejoramiento SE ADJUNTAN LOS SOPORTES QUE ENVÍA LA OFICINA DE CALIDAD	Calidad y seguimiento al Plan de mejoramiento SE ADJUNTAN LOS SOPORTES QUE ENVÍA LA OFICINA DE CALIDAD	CERRADA
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.2.2.1 Según ?Listado maestro de documentos- procedimientos?, la entidad cuenta al menos con 400 procedimientos aprobados mediante acuerdo 468 de 2008; de los cuales el 23% han tenido actualizaciones y ajustes a la plataforma estratégica. Lo que conlleva a un riesgo alto para la entidad, permitiendo en algunos casos que el personal desconozca de la existencia de estos	1- Elaborar un cronograma de revision y actualizacion de procesos incluyendo puntos de control y flujogramas. 2- El área de Garantía de calidad socializara el listado maestro de procesos y procedimientos	1- Cumplimiento= Elaboracion del Cronograma de revision y actualizaion del procesos. 2- Cumplimiento = listado maestro socializado. 3. Cumplimiento.	1- Cumplimiento del cronograma de revision y/o actualizacion de pprocesos. 2.- Listado maestro	GARANTIA DE LA CALIDAD OFICINA DE GESTION Y CONTROL INTERNO	1- Lic. Martha Sabogal 2- Dra. Wilma Rocio Bejarano G.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=69% Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se ajusto con el cronograma por que se cambio la persona asignada para la actualización de los procesos, éste fue socializado en el Comité de Garantía de la Calidad el 27 de agosto/11, fue enviado		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL INDICADOR	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	procedimientos. De igual manera se evidenció que los puntos de control no se desarrollan en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general Lo anterior pone en riesgo a la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% el cumplimiento del control interno trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f, h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	actualizado. 3- Seguimiento por parte de la oficina de Gestion y Control Interno al cumplimiento del cronograma.	Seguimiento de cumplimiento al cronograma	socializado. 3- Seguimiento a la socialización de los procesos nuevos y/o actualizados.								por correo electrónico. El listado maestro de procesos y procedimientos, se encuentra en la intranet En el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, se ha oficiado a la Oficina de garantía de la Calidad, asistencia a Comité de Gestión de Calidad y seguimiento al Plan de mejoramiento SE ADJUNTAN LOS SOPORTES QUE ENVÍA LA OFICINA DE CALIDAD		
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.2.1.La entidad a través del manual de identidad corporativa, tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo de acuerdo a lo manifestado en el ítem anterior los funcionarios desconocen lo contemplado en este manual, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, archivo de historias clínicas sin depurar, etc. Con lo anterior se infringe lo consagrado en los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993 y en la Ley 594 de 2000.	1- Socializar el manual de identidad corporativa a través de intranet, presentación en procesos de inducción y reintroducción, capacitación presencial a través de invitación abierta. Enviar a través de correo interno a todas las áreas, los logos institucionales que se deben utilizar en la presentación de la correspondencia. 2- Evaluar la aplicación del manual corporativo a través de revisión aleatoria en diferentes áreas del hospital del ámbito administrativo y asistencial. 3- Estructurar un procedimiento de estandarización de radicación y recibo de documentos. 4- Elaboración del 100% de las Tablas de Retención Documental, establecidas por el Archivo Distrital.	1- Cumplimiento= Procedimiento de radicación y recibo de documentos diseñado. 2- N° de capacitaciones realizadas/N° de capacitaciones programadas. 3- Elaboración de TRD establecidas por el archivo distrital	1- Contar con el procedimiento de capacitación en las áreas donde se cuenta con copias de retención documental. 2- 100% de TRD establecidas por el archivo distrital	1- Oficina de Planeación 2- Área de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.	1- Líder Área de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=100% Cumplimiento =100% Cumplimiento= 100%	100	El Manual de Identidad Corporativa contiene los logos y sus aplicaciones se socializo para el 2011 a través de la intranet indicando su acceso para este archivo, por correo interno se envió el Manual de Identidad Corporativa y el Plan de Comunicaciones. Durante el 2011 se hizo evaluación aleatoria de la aplicación del Manual de Identidad. El procedimiento de radicación y distribución de documentos se actualizo, se cuenta con (2) procedimientos PC-GD-05-V3 RECEPCION, RADICACION Y DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA, PC-GD-11-V1RADICACION Y ENVIO DE CORRESPONDENCIA A ENTES EXTERNOS. Todas las capacitaciones programadas se llevaron a cabo. Se cuenta con 36 TRD que fueron actualizadas mediante la nueva metodología del Archivo de Bogotá se presentaron en el Comité de Archivo del H.S.C de Nov. 21 /11. Se cuenta con la Resolución 567 de diciembre 30/2011 donde se asignan los codigos de las UFEN y se dictan otras disposiciones. SE ADJUNTA COPIA MANUAL DE IDENTIDAD CORPORATIVA; INSTRUCCION PARA CONSULTA DE PLAN DE COMUNICACIONES EN LA INTRANET; CARPETA QUE CONTIENE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y COPIA RESOLUCION 567/2011	Según documentación aportada por la entidad se envió a través de la entidad se socializado el manual de identidad corporativa, Anexas un mail de cronograma revisión y actualización de documentos con las siguientes fechas de lectura (26-08-2011, 31-08-2011, 29-08-2011, 31-08-2011, 05-09-2011, 12-10-11). Anexas instructivo de ingreso a la documentación del sistema obligatorio de garantía d calidad Acta de reunión y comité, tema: Gestión de calidad, proceso gestión de calidad, avances de implementación de gestión de calidad (aparece una relación de envió de la información a los líderes de UFEN) existen listado con 21 firmas. Se evidencia la presencia de dos copias en las que aparecen PROCESOS CRÍTICOS PARA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	CERRADA
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.2.1.La entidad a través del manual de identidad corporativa, tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos,	1- Socializar el manual de identidad corporativa a través de intranet, presentación en procesos de	1- Cumplimiento= Procedimiento de radicación y recibo de documentos diseñado. 2- N° de	1- Contar con el procedimiento de capacitación	1- Oficina de Planeación 2- Área de	1- Líder Área de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=100% Cumplimiento =100% Cumplimiento= 100%	100	El Manual de Identidad Corporativa contiene los logos y sus aplicaciones se socializo para el 2011 a través de la intranet indicando su acceso para este archivo, por correo		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LAS METAS SEGUIMIENTO POR ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	entre otros; sin embargo de acuerdo a lo manifestado en el ítem anterior los funcionarios desconocen lo contemplado en este manual, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, archivo de historias clínicas sin depurar, etc. Con lo anterior se infringe lo consagrado en los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993 y en la Ley 594 de 2000.	inducción y reinducción, capacitación presencial a través de invitación abierta. Enviar a través de correo interno a todas las áreas, los logos institucionales que se deben utilizar en la presentación de la correspondencia. 2- Evaluar la aplicación del manual corporativo a través de revisión aleatoria en diferentes áreas del hospital del ámbito administrativo y asistencial. 3- Estructurar un procedimiento de estandarización de radicación y recibo de documentos. 4- Elaboración del 100% de las Tablas de Retención Documental, establecidas por el Archivo Distrital.	capacitaciones realizadas/Nº de capacitaciones programadas. 3- Elaboración de TRD establecidas por el archivo distrital	s en las áreas donde se cuenta con copias de retención documental. 3- 100% de TRD establecidas por el archivo distrital	Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.							interno se envió el Manual de Identidad Corporativa y el Plan de Comunicaciones. Durante el 2011 se hizo evaluación aleatoria de la aplicación del Manual de Identidad. El procedimiento de radicación y distribución de documentos se actualizó, se cuenta con (2) procedimientos PC-GD-05-V3 RECEPCION, RADICACION Y DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA, PC-GD-11-V1RADICACION Y ENVIO DE CORRESPONDENCIA A ENTES EXTERNOS. Todas las capacitaciones programadas se llevaron a cabo. Se cuenta con 36 TRD que fueron actualizadas mediante la nueva metodología del Archivo de Bogotá se presentaron en el Comité de Archivo del H.S.C de Nov. 21 /11. Se cuenta con la Resolución 567 de diciembre 30/2011 donde se asignan los códigos de las UFEN y se dictan otras disposiciones. SE ADJUNTA COPIA MANUAL DE IDENTIDAD CORPORATIVA; INSTRUCCION PARA CONSULTA DE PLAN DE COMUNICACIONES EN LA INTRANET; CARPETA QUE CONTIENE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL. Y COPIA RESOLUCION 567/2011		
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.1.La entidad a través del manual de identidad corporativa, tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo de acuerdo a lo manifestado en el ítem anterior los funcionarios desconocen lo contemplado en este manual, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una	1- Socializar el manual de identidad corporativa a través de intranet, presentación en procesos de inducción y capacitación presencial a través de invitación abierta. Enviar a través de correo interno a todas las áreas, los logos institucionales que se deben utilizar en la presentación de la correspondencia. 2- Evaluar la aplicación del manual corporativo a través de revisión aleatoria en diferentes áreas del hospital del ámbito administrativo y asistencial. 3- Estructurar un procedimiento de	1- Cumplimiento= Procedimiento de radicación y recibo de documentos diseñado. 2- Nº de capacitaciones realizadas/Nº de capacitaciones programadas. 3- Elaboración de TRD establecidas por el archivo distrital	1- Contar con el procedimiento . 2- 100% de capacitaciones en las áreas donde se cuenta con copias de retención documental. 3- 100% de TRD establecidas por el archivo distrital	1- Oficina de Planeación 2- Área de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.	1- Líder Área de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=100% Cumplimiento =100% Cumplimiento= 100%	100	El Manual de Identidad Corporativa contiene los logos y sus aplicaciones se socializó para el 2011 a través de la intranet indicando su acceso para este archivo, por correo interno se envió el Manual de Identidad Corporativa y el Plan de Comunicaciones. Durante el 2011 se hizo evaluación aleatoria de la aplicación del Manual de Identidad. El procedimiento de radicación y distribución de documentos se actualizó, se cuenta con (2) procedimientos PC-GD-05-V3 RECEPCION, RADICACION Y DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA, PC-GD-11-V1RADICACION Y ENVIO DE CORRESPONDENCIA A ENTES EXTERNOS. Todas las capacitaciones programadas se llevaron a cabo. Se cuenta con 36 TRD que fueron actualizadas		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS EN LOS QUE SE REALIZA EL SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, archivo de historias clínicas sin depurar, etc. Con lo anterior se infringe lo consagrado en los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993 y en la Ley 594 de 2000.	estandarización de radicación y recibo de documentos. 4- Elaboración del 100% de las Tablas de Retención Documental, establecidas por el Archivo Distrital.										mediante la nueva metodología del Archivo de Bogotá se presentaron en el Comité de Archivo del H.S:C de Nov. 21 /11. Se cuenta con la Resolución 567 de diciembre 30/2011 donde se asignan los códigos de las UFEN y se dictan otras disposiciones. SE ADJUNTA COPIA MANUAL DE IDENTIDAD CORPORATIVA; INSTRUCCION PARA CONSULTA DE PLAN DE COMUNICACIONES EN LA INTRANET; CARPETA QUE CONTIENE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y COPIA RESOLUCION 567/2011		
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.3.1. Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, la entidad no cuenta con sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada, igualmente la oficina de radicación de correspondencia no ofrece fácil acceso ni señalización, incumpliendo el literal h) del artículo 4 de la Ley 87 de 1993, el artículo 36 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 93 de la Ley 715 de 2001.	1- Gestionar la implementación de un software que permita la sistematización de la correspondencia 2- Gestionar la adecuación del espacio físico existente y adecuada señalización del área de correspondencia.	1- Cumplimiento= Software de sistematización de correspondencia 2- Cumplimiento= Adecuación y señalización del área de correspondencia.	1- Software de sistematización de correspondencia 2- Area de correspondencia debidamente señalizada y adecuada.	1- Oficina de Planeación 2- Area de Gestion Documental, Archivo y Correspondencia.	1- Dra. Edilsa Maury Líder Area de Gestion Documental, Archivo y Correspondencia.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento= 50% Cumplimiento=100%	50	Se obtuvo el software de gestión documental ORFEO, donado por la superintendencia de servicios, a la fecha esta en proceso de implementación. En el año 2011 se adecua el área de correspondencia y se señalizó, LA OFICINA SE TRASLADO CERCA A LA ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL (VERIFICACION FISICA) EL SOFTWARE SE PUEDE VERIFICAR EN EL AREA DE SISTEMAS.	El software de gestión documental ORFEO no está implementado a la fecha, se está utilizando el aplicativo CDI Central de Información en lenguaje FOX archivo ejecutable, donado por la Secretaría Distrital de Salud con licencia de la SDS	EJECUCION
3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.3.1. Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, la entidad no cuenta con sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada, igualmente la oficina de radicación de correspondencia no ofrece fácil acceso ni señalización, incumpliendo el literal h) del artículo 4 de la Ley 87 de 1993, el artículo 36 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 93 de la Ley 715 de 2001.	1- Gestionar la implementación de un software que permita la sistematización de la correspondencia 2- Gestionar la adecuación del espacio físico existente y adecuada señalización del área de correspondencia.	1- Cumplimiento= Software de sistematización de correspondencia 2- Cumplimiento= Adecuación y señalización del área de correspondencia.	1- Software de sistematización de correspondencia 2- Area de correspondencia debidamente señalizada y adecuada.	1- Oficina de Planeación 2- Area de Gestion Documental, Archivo y Correspondencia.	1- Dra. Edilsa Maury Líder Area de Gestion Documental, Archivo y Correspondencia.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento= 50% Cumplimiento=100%	100	Se obtuvo el software de gestión documental ORFEO, donado por la superintendencia de servicios, a la fecha esta en proceso de implementación. En el año 2011 se adecua el área de correspondencia y se señalizó, LA OFICINA SE TRASLADO CERCA A LA ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL (VERIFICACION FISICA) EL SOFTWARE SE PUEDE VERIFICAR EN EL AREA DE SISTEMAS.		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE CONTROL	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.3.3.1 La entidad utiliza como medio de comunicación hacia la ciudadanía, las carteleras, comunicados, folletos, líneas de atención telefónica. Sin que esta se aplique como una política de comunicación, a pesar de que cuentan con manual corporativo. La información de carteleras no es actualizada, en ocasiones no contemplan publicaciones de interés para la ciudadanía de forma clara. Incumpliendo el artículo 4 de la Ley 87 de 1993 y el artículo 79 de la Ley 190 de 1995.	1- Estructurar un procedimiento sobre uso de carteleras informativas, que haga parte del manual corporativo. 2- Socializar a los líderes de los procesos el procedimiento sobre uso de carteleras informativas. 3- Empoderar a los líderes de las unidades responsables del manejo de la cartelera ubicada en su área, con el fin de que se designe a un funcionario responsable de su actualización mensual.	1- Cumplimiento= Procedimiento elaborado y socializado e implementado	1- Procedimiento o elaborado, socializado e implementado	Area de Mercadeo	Sr. Giovanni Sanabria-Lider Area de mercadeo	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento= 100%	100	Se cuenta con el procedimiento COMUNICACION INTERNA PC-MC-05-V1, se cuenta con el plan de comunicaciones, se socializo y se encuentra en la intranet, el área de comunicaciones emite oficina de diciembre 27 de 2010, donde explica las directrices y las características de la información a publicar. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO Y OFICIO DE SOCIALIZACION	Según documentación aportada por la entidad, obtuvo un Software de gestión documental ORFEO, donado por la Superintendencia de Servicios, a la fecha esta en proceso de implementación ya que se presentaron problemas con algunos aplicativos; a la fecha se esta utilizando el aplicativo CID con licencia de la SDS.	CERRADA
3.4 EVALUACION AL PRESUPUESTO	3.4.1.4. La Secretaría Distrital de Salud en el mes de junio de 2009, comunicó a los hospitales sobre la directriz, en el sentido de retomar el tema de saneamiento de aportes patronales, que se venían financiando con recursos del situado fiscal, por concepto de salud, pensión, cesantías y ARP. 2. Levantar Actas de conciliación y remitir la copia firmada a contabilidad y Presupuesto.	1. Realizar conciliaciones con las diferentes Fondos de Pension, Salud Cesantías y ARP. 2. Levantar Actas de conciliación y remitir la copia firmada a contabilidad y Presupuesto.	Indicador de cumplimiento =Número de Entidades Conciliadas / Total entidades a conciliar	70% de entidades conciliadas.	SUD.ADM INISTRAT IVA Y FINANCI ERA. PRESUPUESTO CONTABILIDAD TALENTO HUMANO	Dr. Saen Puentes Vega Dra Esperanza Quevedo Adriana Guzman. Dr. John Ramos	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=32/66=48%	69	Con respecto al Situado Fiscal de 29 entidades, faltan (5) por conciliar. Con respecto al SGP de 37 entidades están conciliadas (5) y parcialmente (6) entidades. De las actas realizadas se envía copia a Contabilidad SE ADJUNTA CARPETA DE SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES Y SITUADO FISCAL	Se evidencian las respectivas conciliaciones de aportes patronales – situado fiscal con las entidades promotoras de salud y las actas de saneamiento de aportes patronales entre otras: Unimec, Red Salud, Susalud, Salud Total, Humana Vivir, Coleseguros; entre otras, por lo que se evidencia que el hospital ha dado cumplimiento a las acciones correctivas contenidas en el plan de mejoramiento.	CERRADA
3.4 EVALUACION AL PRESUPUESTO	3.4.1.8.- Analizada la ejecución de las cuentas por pagar del rubro presupuestal comercialización, se observa que se constituyeron por un valor de \$5.883.5 millones, representadas en el 44.7%, del total de los compromisos asumidos como cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2009. Este porcentaje (44.7%), refleja que no hubo gestión, para la cancelación de las cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2008, como se pudo evidenciar en los siguientes compromisos: Con la Fundación Cardiovascular de C, el hospital presentó saldos de cuentas por pagar de las vigencias 2005, 2006 y 2007, por un valor aproximado de \$2.127.8 millones, las cuales se reflejaron como cuentas activas al cierre de la vigencia 2009, de los contratos Nos: CTF-014-	1. Realizar conciliación con los supervisores de contratos para verificar los saldos de las Cuentas por Pagar y reintegrar al presupuesto los saldos no ejecutados. 2. Realizar conciliación trimestral entre lo pagado por el asegurado y la cuenta por pagar del contratista. 3.Priorizar	Cumplimiento=Contratos conciliados/contratos programados. Cumplimiento= valor de contratos pagados / valor contratos adeudados	65% DEL PAGO DE LA OBLIGACION	GERENTE SUBD. ADITIVA FINANCIERA PRESUPUESTO CONTABILIDAD CARTERA	Jose Rafael Dominguez Saen Puentes Esperanza Quevedo Andrea Albarracin y Carolina Rico Adriana Guzman Judith Pacheco	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento= 89.85% Cumplimiento= 89.85%	100	Se hicieron acuerdos de pago con algunos proveedores como es Fundación cardiovascular, Una vez acuden los supervisores se realizan las conciliaciones respectivas, se priorizan los pagos de los contratos observados. SE ADJUNTA	El hospital ha dado cumplimiento con lo relacionado a las acciones correctivas a que se comprometió en el plan de mejoramiento	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO EN LAS METAS SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	2007, CTF 076-2006, CTF 146-2006, CTF 057-2006, CTF 102-2006, CTF 134-2006, CTF 119-2006, CTF 099-2005, CTF-144-2006, CTF-114-2005, CTF.086-2005, CTF.025-2005, CTF. sin número, CTF-0412-2005, CTF-050-2005, CTF-061-2005, CTF-099-2005, CTF.081-2005, CTF-099.2005, CTF.054.2006, CTF.009.2006, entre otros. De igual manera, con la firma Diagnósticos e Imágenes S.A., en los contratos Nos: CTF-079-06 OTRO, CTF.079-2004, CTF-120-2006, CTF-156-2006, CTF.042-2005, CTF-110-2005, CTF.017-2007 OT, CTF.017-07 OTR2, CTF 013-2008 y CTF 041-08 OTRS, se registraron saldos de cuentas por pagar de las vigencias 2005, 2006 y 2007, por un valor aproximado de \$208.2 millones. Lo mismo sucedió con el proveedor Arts Asistencia Hospitalaria, con los contratos Nos: CTF.033-2006, CTF.084-2006, CTF.061-05-OTRS, CTF-046-2005, CTF.048-2005, CTF.062-2005, CTF.085-2005, CTF.038-2005, por valor de \$110.7 millones. Por lo anterior se incumple lo establecido en la Circular N° 011 del 31-03-2008, sobre los Lineamientos de Política Presupuestal vigencia 2009, numeral 2.5., Otros Criterios para Empresas Industriales y Comerciales y Empresas Sociales del Estado, que a la letra dice: "Las Empresas Sociales del Estado deberán adelantar las gestiones administrativas necesarias para depurar las obligaciones y/o cuentas por pagar sobre las cuales no es posible ejercer su pago, adoptando por parte del Representante Legal y de las respectivas juntas directivas, las medidas y procedimientos necesarios para poder reflejar una situación financiera real al término de la vigencia.	los pagos de las Cuentas por Pagar en mención										CONCILIACION DE SALDOS CON PRESUPUESTO		
3.5. EVALUACION A CONTRATACION	3.5.1. La documentación contractual está siendo indebidamente manejada, se encontraron carpetas con desorden en el archivo cronológico, no están debidamente foliadas, las carpetas contienen más de la información que pueden conservar correctamente. Así mismo, los supervisores no remiten los informes con los correspondientes soportes para que reposen en la carpeta de cada uno de los contratos, es decir incumplen con la tabla de retención que el Hospital adopto, poniendo en riesgo la integridad misma del contrato. Lo anterior quiere decir que el archivo de la información contractual se encuentra en alto riesgo, presentándose incumplimiento de lo dispuesto en la Ley 584 de 2000. Así mismo se identifico que en los contratos 096, 154, 192 de 2009 suscritos con la firma Cardio Global Ltda, 117, 149, 188 de 2009 suscrito con la firma Gilmedica S.A., y 080 de 2009 con Laboratorios Baxter S.A., las carpetas no cuentan con las actas de inicio de la relación contractual, lo que genera incertidumbre frente a la fecha de nacimiento de las obligaciones contractuales e incumple con lo consagrado en el numeral 4.1 del "PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION E INTERVENTORIA DE LA CONTRATACION CON PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS.	1. Anexar las actas de inicio y los informes del supervisor a las carpetas contractuales. 2. Precisar en el cuerpo del contrato la forma de pago anticipo o pago anticipado, conforme al pliego de condicion	1.Eficacia Cobertura: Total de documentos soportes que reposan en la carpeta contractual X 100 // Total de los contratos elaborados en el Hospital 2.Numero de contratos objeto de invitacion publica/numero de invitaciones publicas X 100	100% cumplimiento de la accion 100% cumplimiento de la accion	JURIDICA SUPERVISORES	Dra. Luz Yaneth Torres G. Jefe Oficina Jurídica	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=100% Cumplimiento=100%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas revisados, se cuenta con hoja de ruta diligenciada, y con informes de los supervisores. En la minuta del contrato se estipula la forma de pago PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	Se cierra en este ejercicio, pero se abre en la vigencia auditada 2011 Plan de Auditoría 2012; De otra parte, se requiere de mayor control y seguimiento por parte de los sujetos actores en el proceso de contratación.	CERRADA



**CONTRALORÍA**  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.5. EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.1. La documentación contractual está siendo indebidamente manejada, se encontraron carpetas con desorden en el archivo cronológico, no están debidamente foliadas, las carpetas contienen más de la información que pueden conservar correctamente. Así mismo, los supervisores no remiten los informes con los correspondientes soportes para que reposen en la carpeta de cada uno de los contratos, es decir incumplen con la tabla de retención que el Hospital adopto, poniendo en riesgo la integralidad misma del contrato. Lo anterior quiere decir que el archivo de la información contractual se encuentra en alto riesgo, presentándose incumplimiento de lo dispuesto en la Ley 584 de 2000. Así mismo se identifico que en los contratos 096, 154, 192 de 2009 suscritos con la firma Cardio Global Ltda, 117, 149, 188 de 2009 suscrito con la firma Gilmedica S.A., y 080 de 2009 con Laboratorios Baxter S.A., las carpetas no cuentan con las actas de inicio de la relación contractual, lo que genera incertidumbre frente a la fecha de nacimiento de las obligaciones contractuales e incumple con lo consagrado en el numeral 4.1 del ?PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION E INTERVENTORIA DE LA CONTRATACION CON PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS?.	1. Anexas las actas de inicio y los informes del supervisor a las carpetas contractuales. 2. Precisar en el cuerpo del contrato la forma de pago anticipo o pago anticipado, conforme al pliego de condiciones	1.Eficacia Cobertura: Total de documentos soportes que reposan en la carpeta contractual X 100 // Total de los contratos elaborados en el Hospital 2.Numero de contratos objeto de invitacion publica/numero de invitaciones publicas X 100	100% cumplimiento de la accion 100% cumplimiento de la accion	JURIDICA SUPERVISORES	Dra. Luz Yaneth Torres G. Jefe Oficina Jurídica	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento=100% Cumplimiento=100%	100	De la muestra de contratos con formalidades plenas revisados, se cuenta con hoja de ruta diligenciada, y con informes de los supervisores. En la minuta del contrato se estipula la forma de pago PARA VERIFICAR CON LOS CONTRATOS	Se cierra en este ejercicio, pero se abre en la vigencia auditada 2011 Plan de Auditoria 2012; De otra parte, se requiere de mayor control y seguimiento por parte de los sujetos actores en el proceso de contratación.	
3.5. EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.6. De la visita realizada a la oficina de Control Interno Disciplinario se encontró que entre los años 2007 a 2009 se iniciaron once (11) investigaciones disciplinarias, como producto de la solicitud realizada por el comité de glosas durante estos mismos periodos así. (VER CUADRO-HALLAZGO FISCAL) De la revisión de estas actas se pudo determinar que los motivos por los cuales los diferentes pagadores glosaron las cuentas al hospital son: ?Glosas administrativas por falta de autorización de servicios en las cuales no se encontraron soportes para el recobro de dichos servicios, glosas en las cuales la unidad funcional de facturación no se encontró evidencia de su re facturación, glosa en la cual no se pudo evidenciar el cobro de los servicios, glosa en la cual no se cuenta con los soportes necesarios para realizar el análisis correspondiente, glosas por pertinencia y soportes asistenciales, glosas administrativas por cobertura en la cual no se encontró evidencia de su re facturación, glosar por pertenencia administrativa en la cual no se pudo	Elaborar e implementar un procedimiento para estandarizar el manejo de casos con posible detrimento patrimonial,	Indicador de cumplimiento= Implementacion del procedimiento	Procedimiento implementado	Oficina de Control Interno Disciplinario	Dr. MANUEL EDUARDO ROJAS GUZMAN. JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Indicador de cumplimiento= 100%	100	Se documento e implemento proceso GESTION DE MEJORAMIENTO- Procedimiento y gestionar el reconocimiento de procesos para casos de posible detrimento patrimonial en la institución. SE ADJUNTA COPIA DEL PROCEDIMIENTO Y SU SOCIALIZACION	Se observó que la ESE cuenta con un procedimiento para elaborar, implementar y estandarizar el manejo de casos con posible detrimento patrimonial,	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE EJECUCION DE LAS MEDIDAS SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	evidenciar el cobro de los servicios, glosas por cuanto la oficina jurídica expone que a la fecha no es posible realizar actividades de cobro jurídico en razón a la antigüedad de los servicios prestados?. De lo anterior se pudo evidenciar que la única actuación administrativa adelantada por el Hospital, fue la solicitud del comité de glosas de iniciar las mencionadas indagaciones preliminares que en todos los casos a la fecha superan los términos establecidos en el artículo 150 de la Ley 734 de 2002. Así las cosas, con la falta de gestión del Hospital para la recuperación de los dineros glosados por los diferentes pagadores por los hechos anteriormente descritos, se pudo ocasionar un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA LEGAL (\$559.459.332), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.													
3.8 RESULTADO DE LA EVALUACION DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.8.1 El hospital Santa Clara interactúa con la comunidad a través del COPACO correspondiente a la localidad de Antonio Nariño; sin embargo el Hospital no cuenta con Asociación de Usuarios, ni con representante de usuarios en la Junta Directiva. Situación que se ha generado desde finales del año 2008; por no cumplimiento de los requisitos exigidos para la respectiva convocatoria de usuarios y conformación de las asociaciones. Lo que puede generar el no cumplimiento de los objetivos de la ESE Santa Clara al no promover y garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos; incumpliendo lo preceptuado en los literales f,g del artículo 6 y Parágrafo 2 del artículo 11 del Acuerdo 17 de 1997, parágrafo 1 y 2 del Decreto 1757 de 1994, numeral 1, 39 del artículo 34 la Ley 734 de 2002, Resolución 468 del 2008 (PC-AU-08-V2).	Insistir ante la Secretaría Distrital de Salud para que inicie la convocatoria de la Asociación de Usuarios para el Hospital Santa Clara. Hacer seguimiento a las solicitudes efectuadas	Cumplimiento= Oficiar a la Secretaría Distrital de Salud para cumplir con la meta propuesta. Hacer seguimiento a las solicitudes efectuadas	Oficiar a la Secretaría Distrital de Salud para cumplir con la meta propuesta. Hacer seguimiento a las solicitudes efectuadas ante la secretaria Distrital de Salud	Oficina de Atención al Usuario.	Dra. Martha Delgado - Jefe Oficina Atención al Usuario.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Cumplimiento= 1000%	100	A partir de agosto 20 de 2011 se conformo la Asociación de Usuarios SE ADJUNTAN SOPORTES DE SOCIALIZACION Y APOYO PARA LA CREACION DE LA ASOCIACION DE USUARIOS.	Se conformó la Asociación de Usuarios del hospital, la cual realiza reuniones para establecer los estatutos.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.8 RESULTADO DE LA EVALUACION DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.8.2. En el seguimiento a las respuestas de derechos de petición se observa que la entidad no da respuesta oportuna a las mismas, al notar que algunos derechos de petición se contestaron hasta después de un mes de la fecha de radicación, fuera de los términos de la ley. Al menos el 36.3% de la muestra seleccionada se encuentran con esta característica. Por otra parte el 22.7% no cuentan con respuesta. Situación que no garantizan la resolución oportuna requerida por los ciudadanos y desconfianza en la ejecución del proceso; infringiendo el cumplimiento del manual de procesos y procedimientos aprobado mediante Resolución 468 del 2008, Artículo 55 de la Ley 190 de 1995, Artículo 15 de la Ley 962 de 2005, Código Contencioso Administrativo - Artículo sexto., ISO 9001:2001 Norma NTCGP 1000:2004 Numerales 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.3, 5.2, 6.1, 7.2.3, 8.1, 8.2.3, 8.4, 8.5 del Artículo 23 de la Constitución Política de 1991. Artículo 34 numeral 34 de la Ley 734 de 2002	1-Revision, actualizacion, socializacion e implementacion del procedimiento de "Gestion Escucha al Cliente", incluyendo puntos de control que garanticen el cumplimiento de terminos	Indicador de Eficacia = No. de peticiones contestadas oportunamente/ No.de peticiones registradas en el Sistema SQS.	Actualizacion e implementacion del procedimiento de Gestion de escucha al cliente	Oficina de Atención al Usuario.	Dra. Martha Delgadillo - Jefe Oficina Atención al Usuario.	N/A	10/06/2010	31/05/2011	Eficacia= 390/477=82%	100	Se cuenta con el procedimiento de Gestión Escucha al Cliente, fue actualizado en el 2010, fue socializado nuevamente a los líderes de los procesos y se encuentra en la intranet. En la Oficina de Atención al Usuario se maneja matriz de quejas y reclamos. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO PC-AU-05-V2 DE AGOSTO DE 2010	Se encuentran dificultades al responder las quejas y reclamos de parte de la entidad.	EJECUCION
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.1.1.1 Se evidenció desconocimiento de los manuales y procedimientos debido a la alta rotación del personal lo cual dificulta el desarrollo y cumplimiento de las tareas y funciones, como se evidenció en el área de farmacia donde se constató la falta de conocimiento de los manuales de procedimientos internos y aplicación de estos, a pesar de presentar actualización con fecha Marzo 2010, lo que denota que el sistema de Gestión de la Calidad es vulnerable, no siendo acorde con lo consagrado en el numeral 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad, literal c) del numeral 6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación NTCGP 1000:2004.	1.Socializar, con todo el personal de las farmacias, los procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico. 2. Evaluar, por parte del lider del area, la adherencia a los procedimientos.	Cumplimiento= Procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico socializados/procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico existentes *100 Cobertura=No. funcionarios y/o contratistas evaluados / No. total de personal del servicio farmaceutico *100	100% de cumplimiento de la acción propuesta	SUBD. CIENTIFI CA, FARMACIA,	Dr. JoseErnesto Paramo, Qca. Esther Huertas,	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 8/17= 47% Cobertura 14/24=58%	47	En la actualidad se cuenta con 17 procedimientos, socializados (8) procedimientos. A partir del segundo semestre se empezó la evaluación a la adherencia a los procedimientos socializados. SE ADJUNTAN 8 PROCEDIMIENTOS, LAS SOCIALIZACIONES Y LAS EVALUACIONES DE LA ADHERENCIA	Se evidencian actas de reunión del servicio de farmacia socializando sus debilidades y fortalezas. Se evidencia en el acta que existe un responsable por estante para que se encargue del funcionamiento.	CERRADA
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.1.1.1 Se evidenció desconocimiento de los manuales y procedimientos debido a la alta rotación del personal lo cual dificulta el desarrollo y cumplimiento de las tareas y funciones, como se evidenció en el área de farmacia donde se constató la falta de conocimiento de los manuales de procedimientos internos y aplicación de estos, a pesar de presentar actualización con fecha Marzo 2010, lo que denota que el sistema de Gestión de la Calidad es vulnerable, no siendo acorde con lo consagrado en el numeral 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad, literal c) del numeral 6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación NTCGP 1000:2004.	1.Socializar, con todo el personal de las farmacias, los procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico. 2. Evaluar, por parte del lider del area, la adherencia a los procedimientos.	Cumplimiento= Procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico socializados/procedimientos relacionados con el servicio farmaceutico existentes *100 Cobertura=No. funcionarios y/o contratistas evaluados / No. total de personal del servicio farmaceutico *100	100% de cumplimiento de la acción propuesta	SUBD. CIENTIFI CA, FARMACIA,	Dr. JoseErnesto Paramo, Qca. Esther Huertas,	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 8/17= 47% Cobertura 14/24=58%	58	En la actualidad se cuenta con 17 procedimientos, socializados (8) procedimientos. A partir del segundo semestre se empezó la evaluación a la adherencia a los procedimientos socializados. SE ADJUNTAN 8 PROCEDIMIENTOS, LAS SOCIALIZACIONES Y LAS EVALUACIONES DE LA ADHERENCIA		CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO EN LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.2 EVALUACION AL SGI	3.2.1.3.1 No se ha llevado a cabo la identificación de los riesgos en todas las dependencias con el fin de minimizarlos, dispersarlos o asumir los mismos afectando el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Con lo anterior se incumple lo establecido en la ley 87 de 1993 artículo 2, literal a y el Decreto 1537 de 2001 artículo 4.	1- Realizar la identificación de los riesgos en los procesos que aún carecen de ellos	Cumplimiento= procesos con riesgos identificados/ total de procesos del hospital*100	100% de cumplimiento de la acción	CONTROL INTERNO DE GESTION	Dra. Wilma Rocio Bejarano Gaitan	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	Todos los procesos cuentan con el mapa de Riesgos SE ADJUNTA C.D. CON 24 MAPAS DE RIESGOS POR PROCESOS, VIGENTES DURANTE 2011 Y MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.	Según CD entregado por la entidad el hospital cuenta con el mapa de riesgos, falta realizar visitas a algunos servicios.	EJECUCION
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.1 Con respecto a las farmacias en lo concerniente a la gestión de los medicamentos, no se están aplicando suficientes mecanismos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos. Tampoco se evidencian indicadores implementados para realizar seguimiento al suministro de materiales y medicamentos hospitalarios, lo que refleja falta de políticas de Calidad. Al faltar estos indicadores se carece de instrumentos para verificar la oportunidad, cobertura y calidad en la prestación del servicio. Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993, y el Decreto 1599 componente 2 Subsistema de Control de Gestión.	1- Actualizar y socializar el procedimiento PC- FX-02-V3 "Recepcionar y Almacenar los insumos en el servicio farmaceutico, incluyendo puntos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos". 2- Establecer matriz de seguimiento al suministro de materiales y medicamentos hospitalarios, donde se establezcan indicadores de oportunidad en la entrega.	1-Cumplimiento= procedimiento actualizado y socializado incluyendo puntos de control 2- Cumplimiento= Matriz de seguimiento implementada	1- 100% de cumplimiento de la acción 2- 100% de cumplimiento de la acción	SUBDIRECCION CIENTIFICA, RECURSOS FISICOS, FARMACIA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Martha Moreno	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se actualizo y socializo el procedimiento PC-GI-FX-02-V4 RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS INSUMOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO. Se cuenta con una matriz de suministro de materiales y medicamentos y tiene (2) indicadores de oportunidad (pendientes de compra y dispensación diaria). Esta matriz se puede consultar en farmacia central, con el lider del proceso.	Se evidencian actas de reunión y/o comité con fecha de Nov 2011. Tema tratado es procedimiento "Recepción y almacenamiento de insumos en el servicio farmacéutico.	CERRADA
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.1 Con respecto a las farmacias en lo concerniente a la gestión de los medicamentos, no se están aplicando suficientes mecanismos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos. Tampoco se evidencian indicadores implementados para realizar seguimiento al suministro de materiales y medicamentos hospitalarios, lo que refleja falta de políticas de Calidad. Al faltar estos indicadores se carece de instrumentos para verificar la oportunidad, cobertura y calidad en la prestación del servicio. Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993, y el Decreto 1599 componente 2 Subsistema de Control de Gestión.	1- Actualizar y socializar el procedimiento PC- FX-02-V3 "Recepcionar y Almacenar los insumos en el servicio farmaceutico, incluyendo puntos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos". 2- Establecer matriz de seguimiento al suministro de materiales y medicamentos hospitalarios, donde se establezcan indicadores de oportunidad en la entrega.	1-Cumplimiento= procedimiento actualizado y socializado incluyendo puntos de control 2- Cumplimiento= Matriz de seguimiento implementada	1- 100% de cumplimiento de la acción 2- 100% de cumplimiento de la acción	SUBDIRECCION CIENTIFICA, RECURSOS FISICOS, FARMACIA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Martha Moreno	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se actualizo y socializo el procedimiento PC-GI-FX-02-V4 RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS INSUMOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO. Se cuenta con una matriz de suministro de materiales y medicamentos y tiene (2) indicadores de oportunidad (pendientes de compra y dispensación diaria). Esta matriz se puede consultar en farmacia central, con el lider del proceso.		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO CONTROL	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.2 Se presenta inoportunidad en las reuniones de los comités conformados por el Hospital e inconsistencias en sus actas, como se puede verificar en las actas de los comités de transfusión sanguínea, comités docente asistencial, comité de Farmacia y Terapéutica, entre otros, careciendo de puntos control para el seguimiento a la gestión de los mismos., Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993 y sus reglamentos.	1. Revisar resolución vigente del comité de transfusión y determinar la necesidad de actualización. 2. Cumplir con la periodicidad estipulada en la resolución del comite de transfusión 3.Crear y adoptar el reglamento del comité docencia servicio según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, Incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	1. Cumplimiento= Revisión realizada al documento / Revisión programada al documento x 100 2. Cumplimiento = Número de comités realizados de acuerdo a resolución / Número de comités programados de acuerdo a resolución x 100 3. Cumplimiento= Reglamento creado y adoptado para el Comité de Docencia - Servicio. Cumplimiento = No. de comités realizados/No. de comités programados de acuerdo a la normatividad vigente*100 4. Cumplimiento= No. comites en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	1. 100% de cumplimiento de la accion correctiva 2. 00% de cumplimiento de la accion correctiva 3 100% Reglamento docencia - servicio creado y adoptado 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 4. 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 5. 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN APOYO DIAGNOSTICO, QUIMICO FARMACIUTICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Carolina Serna, Dra Iveth Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 83% Cumplimiento = 61%	100	1.Comité de Transfusión Se reviso la Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y se actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, en su artículo septimo se dice que sesionará bimensualmente. 2.En el Comité de noviembre 2011, y de acuerdo a la resolución se establecio la periodicidad bimensual. 3. Comité docencia -servicio :Se realizo y aprobo por Comité Académico según acta del 18 de noviembre de 2011 el reglamento marco para los comités de docencia -servicio, se cuenta acto administrativo "Resolución 564 del 30 de diciembre/11" , los comités sesionan cada (3) meses. 4.Comité Farmacia Terapeutica Este Comité de Farmacia y Terapeutica sesiona mensualmente, presentandose en el mes de Julio de 2011 un extraordinario. 5.Comités del Hospital Tareas pendientes Se revisaron las actas de los comites y su cumplimiento es del 61% Las carpetas de los comités se encuentran en las respectivas áreas. PARA VERIFICAR EN CADA AREA, CON LOS PRESIDENTES Y/O SECRETARIOS DE LOS COMITES.	1. Se observa la documentación aportada por la entidad en la aparece La Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y que actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, 2.En el Comité de noviembre 2011, 3. Comité docencia -servicio : Realizaron y aprobaron según acta del 18 de noviembre de 2011 el reglamento marco para los comités de docencia -servicio, cuentan con acto administrativo Resolución 564 /11.	CERRADA
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.2 Se presenta inoportunidad en las reuniones de los comités conformados por el Hospital e inconsistencias en sus actas, como se puede verificar en las actas de los comités de transfusión sanguínea, comités docente asistencial, comité de Farmacia y Terapéutica, entre otros, careciendo de puntos control para el seguimiento a la gestión de los mismos., Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993 y sus reglamentos.	1. Revisar resolución vigente del comité de transfusión y determinar la necesidad de actualización. 2. Cumplir con la periodicidad estipulada en la resolución del comite de transfusión 3.Crear y adoptar el reglamento del comité docencia servicio según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, Incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	1. Cumplimiento= Revisión realizada al documento / Revisión programada al documento x 100 2. Cumplimiento = Número de comités realizados de acuerdo a resolución / Número de comités programados de acuerdo a resolución x 100 3. Cumplimiento= Reglamento creado y adoptado para el Comité de Docencia - Servicio. Cumplimiento = No. de comités realizados/No. de comités programados de acuerdo a la normatividad vigente*100 4. Cumplimiento= No. comites en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	1. 100% de cumplimiento de la accion correctiva 2. 00% de cumplimiento de la accion correctiva 3 100% Reglamento docencia - servicio creado y adoptado 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN APOYO DIAGNOSTICO, QUIMICO FARMACIUTICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Carolina Serna, Dra Iveth Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 83% Cumplimiento = 61%	100	1.Comité de Transfusión Se reviso la Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y se actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, en su artículo septimo se dice que sesionará bimensualmente. 2.En el Comité de noviembre 2011, y de acuerdo a la resolución se establecio la periodicidad bimensual. 3. Comité docencia -servicio :Se realizo y aprobo por Comité Académico según acta del 18 de noviembre de 2011 el		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	comités Docencia-Servicio realizados/No. de Comités programados*100 4. Cumplimiento= No de comités de farmacia realizados/ No. de comités programados de acuerdo a la normatividad vigente*100 5.Cumplimiento= No. comites en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	adoptado 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva 4. 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva 5. 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva	MEDICA						reglamento marco para los comités de docencia - servicio, se cuenta acto administrativo "Resolución 564 del 30 de diciembre/11" , los comités sesionan cada (3) meses. 4.Comité Farmacia Terapeutica Este Comité de Farmacia y Terapeutica sesiona mensualmente, presentandose en el mes de Julio de 2011 un extraordinario. 5.Comités del Hospital Tareas pendientes Se revisaron las actas de los comités y su cumplimiento es del 61% Las carpetas de los comités se encuentran en las respectivas áreas. PARA VERIFICAR EN CADA AREA, CON LOS PRESIDENTES Y/O SECRETARIOS DE LOS COMITES.		
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.2 Se presenta inoportunidad en las reuniones de los comités conformados por el Hospital e inconsistencias en sus actas, como se puede verificar en las actas de los comités de transfusión sanguínea, comités docente asistencial, comité de Farmacia y Terapéutica, entre otros, careciendo de puntos control para el seguimiento a la gestión de los mismos., Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993 y sus reglamentos.	1. Revisar resolución vigente del comité de transfusión y determinar la necesidad de actualización. 2. Cumplir con la periodicidad estipulada en la resolución del comité de transfusión 3.Crear y adoptar el reglamento del comité docencia servicio según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	1. Cumplimiento= Revisión realizada al documento / Revisión programada x 100 2. Cumplimiento = Número de comités realizados de acuerdo a resolución / Número de comités programados de acuerdo a resolución x 100 3. Cumplimiento= Reglamento creado y adoptado para el Comité de Docencia - Servicio. Cumplimiento = No. de comités Docencia-Servicio realizados/No. de Comités programados*100 4. Cumplimiento= No de comités de farmacia realizados/ No. de comités programados de acuerdo a la normatividad vigente*100 5.Cumplimiento= No. comites en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	1. 100% de cumplimiento de la acción correctiva 2. 00% de cumplimiento de la acción correctiva 3 100% Reglamento - servicio creado y adoptado 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva 4. 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva 5. 100% de cumplimiento en la realización de la acción correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN APOYO DIAGNOSTICO, QUIMICO FARMACEUTICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Carolina Serna, Dra Iveth Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 83% Cumplimiento = 61%	100	1.Comité de Transfusión Se reviso la Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y se actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, en su artículo séptimo se dice que sesionará bimensualmente. 2.En el Comité de noviembre 2011, y de acuerdo a la resolución se estableció la periodicidad bimensual. 3. Comité docencia -servicio :Se realizo y aprobo por Comité Académico según acta del 18 de noviembre de 2011 el reglamento marco para los comités de docencia - servicio, se cuenta acto administrativo "Resolución 564 del 30 de diciembre/11" , los comités sesionan cada (3) meses. 4.Comité Farmacia Terapeutica Este Comité de Farmacia y Terapeutica sesiona mensualmente, presentandose en el mes de Julio de 2011 un extraordinario. 5.Comités del Hospital Tareas pendientes Se revisaron las actas de los comités y su cumplimiento es del 61% Las carpetas de los comités se encuentran en las respectivas áreas. PARA VERIFICAR EN CADA AREA, CON LOS PRESIDENTES Y/O SECRETARIOS DE LOS COMITES.	
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.2 Se presenta inoportunidad en las reuniones de los comités conformados por el Hospital e inconsistencias en sus actas, como se puede verificar en las actas de los comités de transfusión sanguínea, comités docente asistencial, comité de	1. Revisar resolución vigente del comité de transfusión y determinar la necesidad de actualización. 2. Cumplir con la	1. Cumplimiento= Revisión realizada al documento / Revisión programada al documento x 100 2. Cumplimiento = Número de comités de la acción	1. 100% de cumplimiento de la acción correctiva 2. 00% de cumplimiento de la acción	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN APOYO DIAGNOS	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Carolina Serna, Dra Iveth Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 83% Cumplimiento = 61%	83	1.Comité de Transfusión Se reviso la Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y se actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, en su artículo séptimo se dice que sesionará bimensualmente. 2.En el	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	Farmacia y Terapéutica, entre otros, careciendo de puntos control para el seguimiento a la gestión de los mismos., Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993 y sus reglamentos.	periodicidad estipulada en la resolución del comite de transfusión 3.Crear y adoptar el reglamento del comité docencia servicio según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, Incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	realizados de acuerdo a resolución / Número de comités programados de acuerdo a resolución x 100 3. Cumplimiento= Reglamento creado y adoptado para el Comité de Docencia - Servicio. Cumplimiento = No. de comités Docencia-Servicio realizados/No. de Comités programados*100 4. Cumplimiento= No de comités de farmacia realizados/ No. de comités programados de acuerdo a la normatividad vigente*100 5.Cumplimiento= No. comites en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	correctiva 3 100% Reglamento docencia - servicio creado y adoptado 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 4. 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 5. 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva	TICO, QUIMICO FARMAC EUTA, EDUCACION MEDICA						Comité de noviembre 2011, y de acuerdo a la resolución se estableció la periodicidad bimensual. 3. Comité docencia -servicio :Se realizo y aprobo por Comité Académico según acta del 18 de noviembre de 2011 el reglamento marco para los comités de docencia - servicio, se cuenta acto administrativo "Resolución 564 del 30 de diciembre/11" , los comités sesionan cada (3) meses. 4.Comité Farmacia Terapeutica Este Comité de Farmacia y Terapeutica sesiona mensualmente, presentandose en el mes de Julio de 2011 un extraordinario. 5.Comités del Hospital Tareas pendientes Se revisaron las actas de los comites y su cumplimiento es del 61% Las carpetas de los comités se encuentran en las respectivas áreas. PARA VERIFICAR EN CADA AREA CON LOS PRESIDENTES Y/O SECRETARIOS DE LOS COMITES.		
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.2.1.2 Se presenta inoportunidad en las reuniones de los comités conformados por el Hospital e inconsistencias en sus actas, como se puede verificar en las actas de los comités de transfusión sanguínea, comités docente asistencial, comité de Farmacia y Terapéutica, entre otros, careciendo de puntos control para el seguimiento a la gestión de los mismos., Lo anterior en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4 y 8 de la ley 87 de 1993 y sus reglamentos.	1. Revisar resolución vigente del comité de transfusión y determinar la necesidad de actualización. 2. Cumplir con la periodicidad estipulada en la resolución del comite de transfusión 3.Crear y adoptar el reglamento del comité docencia servicio según decreto 2376 de 2010 y sesionar de acuerdo a la norma. 4- Revisar, socializar y aplicar la normatividad para el Comité de Farmacia y Terapeutica. 5- A partir de la fecha, Incluir en todos los comités de la entidad, dentro del orden del día, el seguimiento a tareas pendientes.	1. Cumplimiento= Revisión realizada al documento / Revisión programada al documento x 100 2. Cumplimiento = Número de comités realizados de acuerdo a resolución / Número de comités programados de acuerdo a resolución x 100 3. Cumplimiento= Reglamento creado y adoptado para el Comité de Docencia - Servicio. Cumplimiento = No. de comités Docencia-Servicio realizados/No. de Comités programados*100 4. Cumplimiento= No de comités de farmacia realizados/ No. de comités programados de acuerdo a la	1. 100% de cumplimiento de la accion correctiva 2. 00% de cumplimiento de la accion correctiva 3 100% Reglamento docencia - servicio creado y adoptado 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 4. 100% de cumplimiento en la realizacion de la accion correctiva 5. 100% de cumplimiento en la realizacion de	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN APOYO DIAGNOSTICO, QUIMICO FARMAC EUTA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Qca. Esther Huertas, Dra. Carolina Serna, Dra Iveth Pemet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 100% Cumplimiento = 83% Cumplimiento = 61%	61	1.Comité de Transfusión Se reviso la Resolución No. 882 de julio 28 de 1995 y se actualizo por la Resolución 431 de noviembre 9 de 2011, en su artículo septimo se dice que sesionará bimensualmente. 2.En el Comité de noviembre 2011, y de acuerdo a la resolución se estableció la periodicidad bimensual. 3. Comité docencia -servicio :Se realizo y aprobo por Comité Académico según acta del 18 de noviembre de 2011 el reglamento marco para los comités de docencia - servicio, se cuenta acto administrativo "Resolución 564 del 30 de diciembre/11" , los comités sesionan cada (3) meses. 4.Comité Farmacia Terapeutica Este Comité de Farmacia y Terapeutica sesiona mensualmente, presentandose en el mes de Julio de 2011 un extraordinario. 5.Comités del Hospital Tareas pendientes Se revisaron las actas de los comites y su cumplimiento es del 61% Las carpetas de los comités se encuentran en las respectivas áreas.	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS METAS SEGUIMIENTO INTERNO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			normatividad vigente*100 5.Cumplimiento= No. comités en los que se incluye en el orden del día el seguimiento a tareas/No. comités de la entidad.*100	la accion correctiva								PARA VERIFICAR EN CADA AREA, CON LOS PRESIDENTES Y/O SECRETARIOS DE LOS COMITES.		
3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	3.2.3.2.1 A través de las auditorias internas que adelanta la Oficina de Control Interno, se evalúan las áreas y se da cumplimiento y desarrollo del modelo estándar de control interno en sus elementos y componentes en los procesos establecidos en el Hospital, sin embargo, se presentan retrasos en el desarrollo de algunas auditorias internas de seguimiento a las acciones correctivas consignadas en los planes de mejoramiento, lo que incide en el compromiso de la entidad con el sistema de control interno. Lo anterior es producto de la falta de procedimientos para la elaboración y seguimiento del Plan de mejoramiento Institucional. Incumpliendo con lo consagrado en el parágrafo de artículo 1 de la Ley 87 de 1993 y en lo establecido en el literal e del título 5.1 Compromiso de la Dirección, de la norma NTCGP 1000:2004.	1- Implementación y socialización del procedimiento Plan de Mejoramiento de Institucional	Cumplimiento= Procedimiento implementado y socializado	100% Cumplimiento de la acción correctiva	PLANEACION, CONTROL INTERNO DE GESTION Y GARANTIA DE LA CALIDAD	Dr. Jairo Romo, Dra Wima Rocio Bejarano G., Jefe Martha Sabogal	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	Se cuenta con el Procedimiento PC-PL-08-V1 Consolidación Planes de Mejoramiento y fue socializado en Comité Directivo. SE ADJUNTA COPIA DEL PROCEDIMIENTO Y COPIA DEL ACTA DE SOCIALIZACION.	De acuerdo con la documentación allegada por la entidad se observo el Procedimiento PC-PL-08-V1 Consolidación Planes de Mejoramiento y fue socializado en Comité Directivo.	CERRADA
3.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.1 Cuenta 1420 Avances y anticipos Entregados El saldo a 31 de diciembre de 2010 fue de \$1.521.376.678 que comparado con el periodo anterior de \$3.973.000.00 se incrementó en \$1.517.403.678.0 equivalente a 38.192.89%. La cuenta Avances y anticipos entregados esta sobreestimada en \$ 1,076,766,524.50, y subestimada la cuenta 1905 Bienes y Servicios Pagados por anticipado en el mismo valor, esto se evidenció por inconsistencias en los soportes jurídicos como es el caso que la invitación pública No. 008 de 2010 para compra e instalación de equipos biomédicos, en la cláusula forma de pago dice: ?anticipo? y en los contratos Nos. 346 Jomedical, 347 Kaika, 343, EMCO S.A. 349 Pharmeuropea, 348 M & Medical Devices Ltda, 342 Biosistemas Ing Medica Ltda, 344 Instrumentación S.A, 345 Intelnet Médica Ltda., 351 Técnica Electromédica S.A., 350 Produmedic No de diciembre 22 de 2010; la forma de pago es pago por anticipado. Según oficio No. OCIG/180 de marzo 31 de 2011 firmado por la gerencia del hospital en donde realizan precisiones que a la letra dice: ?Con	1. Reclasificar los pagos anticipados, registrados en la cuenta 1420 "avances anticipos entregados" 2. Precisar en el cuerpo del contrato la forma de pago anticipo o pago anticipado, conforme al pliego de condiciones.	Cumplimiento=Valor a reclasificado /valor a reclasificar*100 Cumplimiento=Número de contratos objeto de invitacion publica/numero de invitaciones publicas * 100	100% Cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABILIDAD, OFICINA JURIDICA	Dr. Saen Puentes, Dra Esperanza Quevedo, Dra Adriana Guzman Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 1.083.127.717/1.083.127.717*100=100% Cumplimiento=100%	100	Ya se reclasificaron los valores registrados en la cuenta 1420 se pasaron al cuenta 1625 . En los contratos con formalidades plenas no se han pactado ni anticipos, ni pagos anticipados después de la observación de la Contraloría. SE ADJUNTAN SOPORTE DE LAS NOTAS CONTABLES	Se evidencia reclasificación de los pagos anticipados mediante comprobante de contabilidad No. 00000002 de 30 de abril de 2011 Se anexa formato de contrato, se verifico en los contratos de la muestra de la contratación la estipulación de la forma de pago	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO EN LOS ESTADOS CONTABLES	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	ocasión al acta de adjudicación de la Invitación No. 008 de 2010, el Hospital Santa Clara E.S.E. suscribirá los respectivos contratos de compraventa, el cual debe cumplir lo previstos en el pliego de condiciones, al ser considerado ley entre las partes. Sin embargo, es conveniente anotar, que los contratos de compraventa no se encuentran sometidos a las reglas de las demás clases de contrato, respecto al anticipo, esto es, al ser considerados contratos de ejecución instantánea y no de tracto sucesivo...? esta situación conllevó al incumplimiento del PGCP 9.2.1 Soportes de contabilidad numeral 338 ; por estas divergencias en los soportes externos como en este caso los contratos, conllevó al registro inadecuado.													
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.2 Cuentas de Orden 83610101 Responsabilidades Internas A 31 de diciembre de 2010 las responsabilidades internas están subvaluadas por un valor \$1.435.035.449 \$ así: \$1.425.097449 (incluye valor actualizado mas intereses menos el capital registrado contablemente) por el fallo en contra del hospital de la demanda interpuesta por escanografías por valor de \$1.895.199.005. Y multa por valor de \$9.938.000 según resolución No. 416 de diciembre 28 de 2010 A la fecha de la auditoria el área responsable no había remitido dicha información a contabilidad quedando subestimada dicha cuenta a 31 de diciembre de 2010 incumpliendo. El PGCP ?objetivo de la información contable pública No. 95. El objetivo de Control Público permite su ejercicio en dos niveles, interno y externo. Al interior de la entidad, mediante el sistema de control interno, y disciplinario??	1. Registrar los valores pendientes una vez recibido el soporte correspondiente. 2. Realizar seguimiento al cumplimiento de los terminos de la Resolucion 419 -2008	1.Cumplimiento=valor Registrado /valor a registrar del hallazgos*100 2. Cumplimiento=Numero de procesos informados al area financiera/numero de procesos proximos a fallo*100	100% Cumplimiento de la acción correctiva 100% Cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABILIDAD, JURIDICA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Dr. Saen Puentes, Dra Esperanza Quevedo, Dra Adriana Guzman, Dra Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento=100%	100	El Area de Contabilidad ya efectuo los registros que envio la Oficina de Control Interno Disciplinario. Se cumple con los terminos relacionados en la Resolución. SE ADJUNTAN SOPORTES DE MOVIMIENTO CUENTA POR TERCERO DE CONTABILIDAD Y SOPORTES DE OFICIO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Se evidencio el registro de estos valores según notas contables.	CERRADA
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.2 Cuentas de Orden 83610101 Responsabilidades Internas A 31 de diciembre de 2010 las responsabilidades internas están subvaluadas por un valor \$1.435.035.449 \$ así: \$1.425.097449 (incluye valor actualizado mas intereses menos el capital registrado contablemente) por el fallo en contra del hospital de la demanda interpuesta por escanografías por valor de \$1.895.199.005. Y multa por valor de \$9.938.000 según resolución No. 416 de diciembre 28 de 2010 A la fecha de la auditoria el área responsable no había remitido dicha información a contabilidad quedando subestimada dicha cuenta a 31 de diciembre de 2010 incumpliendo. El PGCP ?objetivo de la información contable pública No. 95. El objetivo de	1. Registrar los valores pendientes una vez recibido el soporte correspondiente. 2. Realizar seguimiento al cumplimiento de los terminos de la Resolucion 419 -2008	1.Cumplimiento=valor Registrado /valor a registrar del hallazgos*100 2. Cumplimiento=Numero de procesos informados al area financiera/numero de procesos proximos a fallo*100	100% Cumplimiento de la acción correctiva 100% Cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABILIDAD, JURIDICA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Dr. Saen Puentes, Dra Esperanza Quevedo, Dra Adriana Guzman, Dra Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento=100%	100	El Area de Contabilidad ya efectuo los registros que envio la Oficina de Control Interno Disciplinario. Se cumple con los terminos relacionados en la Resolución. SE ADJUNTAN SOPORTES DE MOVIMIENTO CUENTA POR TERCERO DE CONTABILIDAD Y SOPORTES DE OFICIO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Se anexa certificación de la contadora de la entidad de cumplimiento de de cumplimiento de de la Resolución 419 de 2008	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO EN LOS ESTADOS CONTABLES	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	Control Público permite su ejercicio en dos niveles, interno y externo. Al interior de la entidad, mediante el sistema de control interno, y disciplinario.													
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.1. Deficiencias procedimentales y riesgos asociados en los activos entregados en servicios Se realizó una prueba selectiva de los activos adquiridos en el periodo 2010 del grupo Equipo Médico y Científico en servicio, a la cual no se encontró en la UCI pediátrica el equipo Pulsoxímetro portátil placa 11791, según factura de entrada No. 5432 de julio 13 de 2010, entrada al almacén No. 0301409 de julio 13 de 2010, solicitud de pedido interno por la dependencia UCI Pediátrica del 10 de noviembre de 2010 y entrega de activos a servicio No. 0000754 de fecha 1 de diciembre de 2010 cantidad uno por valor de \$1.082.667. Igualmente es de resaltar que no están legalizados los inventarios individuales de las siguientes unidades funcionales UCI Adultos e Intermedios, Salas de Cirugía, Santa María, Santa Inés, San Rafael 1 y 2 Consulta Externa, Laboratorio Clínico, banco de Sangre, toxicología, quirúrgicas San Pablo 1, UCI Cardiovascular, Hemodinamia Cardiovascular, Facturación pisos, Pediatría (Salón Ateneo, consulta Externa, intermedio urgencias), Central de Facturación, Central de Admisiones, Urgencias Adultos, Radiología, Consultorio 22 y 22ª, coordinación de Enfermería, Farmacia (Central, consulta Externa, Urgencias), coordinación de Hospitalización, Coordinación de Hemodinamia y cirugía, Admisiones trabajo social Urgencia Admisiones. A pesar que el hospital realiza inventarios aleatorios de elementos devolutivos en servicio, a la fecha se comprobó que el hospital no presenta el resultado final del inventario de los elementos devolutivos en servicio. De otra parte los siguientes elementos se encuentran sin placa: Incumpliendo la resolución 001 de 2001 en el numeral 4.10.1.3. y el Artículo 2º. De la ley 87 de 1993- ¿Objetivos del sistema de Control Interno Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten?; causado por falta de controles en las Unidades funcionales de los equipos entregados en servicios, igualmente porque las áreas no legalizan a tiempo los inventarios conllevando a no tener actualizada la base de datos contable y administrativa veraz y confiable de la	1. Ajustar el procedimiento de levantamiento físico de inventario para legalizar los inventarios. 2. Elaborar las Actas de Levantamiento Físico de inventario y el informe de resultado final y reportar a Contabilidad 3. Diseñar y socializar formatos para traslado de equipos entre servicios y retiros. 4. Establecer un mecanismo para marcar o plaquetear activos que por sus características técnicas no es posible adherir la placa metálica.	1. Numero de inventarios Legalizados / total de áreas a inventarear*100. 2. Actas de levantamiento e informe Final. 3. Formato socializado. 4. Bienes marcados/ bienes por marcar *100	80% de cumplimiento en la legalización de los inventarios	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, ACTIVOS FIJOS, ALMACEN	Dr. Saen Puentes, Dra Esperanza Quevedo, Dr. Fabio Fernandez, Dr. Miguel Angel Cortes	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento =117/120=97.5% Cumplimiento =100% Cumplimiento =100% Cumplimiento=173/1006=17%	100	Ya se actualizó el procedimiento toma de inventario físico PC-AF-04-V3. Se radico Informe Final de Inventario en el Área de Contabilidad con Oficio AF-01 de 04 de Enero de 2012, con copia de las actas de legalización de inventarios de las áreas con las que no se pudo legalizar el inventario. Se cuenta con los formatos para traslado de equipos ya se socializaron a través de la intranet y en físico a los líderes de Ufen y a los coordinadores de enfermería. Se empezó el proceso de identificación de bienes para marcarlos, se han identificado un total de 1006 activos fijos (Muebles, enseres, Equipo de oficina, Equipo Médico-Científico) sin Placa de Inventario. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO PC-AF-04-V3 Y COPIA DEL INFORME FINAL DE INVENTARIO REMITIDO A	Se evidenció el procedimiento para la toma de inventario Físico identificado como PC-AF-04-V3 de fecha 6 de septiembre de 2011. Anexas acta de legalización de inventario e informe final de levantamiento de inventario. Se verifico formato de "RETIRO DE ACTIVOS FIJOS DEL SERVICIO" FO-AF-08-VI socializado mediante circular de fecha noviembre 21 de 2011. Se está realizando marcación con marcador sin embargo este procedimiento es oficial	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS BIENES REGISTRADOS EN ENTREGA	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	cantidad de bienes que posee la entidad. Causado por falta de controles en las respectivas Unidades Funcionales, conllevando a presentarse pérdidas, hurtos como se evidencia en el reporte proceso Gestión financiera Activos Fijos Matriz para control de siniestros donde se evidenció pérdidas de un Pulsoximetro el 11 de febrero de 2010, placa de inventario 08374 en el programa de Oxígeno y atención domiciliaria, siniestro reconocido por la previsorora por valor de \$234.545.													
3.3.3.2. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.2. Inoportunidad en el registro del modulo de suministros reporte rivinvvv Inventario General por Servicio el grupo 220 Equipo Médico y científico de fecha 28 de febrero de 2011 Se efectuó una prueba selectiva en el almacén general registro del modulo de suministros reporte rivinvvv Inventario General por Servicio el grupo 220 Equipo médico y científico de fecha 28 de febrero de 2011, evidenciándose diferencias así: en el grupo 220441 Bombas de infusión Aarhus, en el kardex registran 17 unidades y físicamente existen 13. Estas cuatro faltantes se constataron en la UCI Pediátrica. Dichas Bombas corresponden a un contrato de comodato suscrito entre el hospital santa clara y Pharmeuropea de Colombia, suscrito el 10 de diciembre de 2010 según la forma de entrega en el contrato dice, en el artículo sexto dice "El comodante se compromete a entregar el bien objeto del presente contrato en el Almacén del Comodatario". Dicha situación evidencia falta de controles en el almacén, y no oportunidad en el registro, en el modulo conllevando a que en el momento que el hospital realice toma física de inventarios existan sobrantes y faltantes de inventario. Incumpliendo la ley 87 de 1993 artículo 2 numerales a) y e) ; causado por falta de controles adecuados.	1.El almacenista realizara el seguimiento puntual al cumplimiento del proceso de recepcion de bienes ingresados bajo la figura de comodato, de acuerdo al proceso establecido en el hospital. 2.Socializar al interior del Hospital (personal asistencial , administrativo e ingenieros biomedicos) y al proveedor de la normatividad vigente (Resolucion 01 de 2001) con respecto a los equipos que ingresan en calidad de demostracion mientras se realiza el ingreso al almacen, bajo la modalidad respectiva.	Cumplimiento=Numero de bienes registrados / Numero de bienes en comodato*100	100% cumplimiento de la accion correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, ALMACEN, FINANCIERA, ACTIVOS FIJOS	Dr. Saen Puentes, Dra Esperanza Quevedo, Dr. Fabio Fernandez, Dr. Miguel Angel Cortes	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 20 %	40	La oficina jurídica tiene una matriz en excel de los contratos en comodato de los cuales envió copia al Almacén con copia de los contratos formalizados para revisión y el respectivo proceso de ingreso al almacén. Se documenta el procedimiento PC-AF-14-V1 ENTRADA PERMANENCIA Y SALIDA DE BIENES EN COMODATO se socializo a través del correo interno. SE ADJUNTA COPIA DEL PROCEDIMIENTO Y DE LA SOCIALIZACION INTERNA DEL DOCUMENTO.	Anexa dos oficios de depuración pero la depuración no se realizó ni el registro en el sistema . Se evidencia el cumplimiento de compromiso a través de correo de fecha 20 de enero de 2012 , socializando el procedimiento PC-AF-14-V1 Entrada Permanencia y salida de bienes en comodato de fecha diciembre 30 de 2011	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO CONTABLE	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.3. Falta de soportes en los respectivos comprobantes de pago de anticipos Nos: 29123 de octubre 15 de 2010 girado al consorcio santa clara y el No. 29143 de octubre 20 de 2010, girado a Unión Temporal UP YC. En dichos Comprobantes no reposan el Plan de Manejo de anticipo ni la cuenta correspondiente a donde va a manejarse dicho anticipo. De igual manera el hospital no cuenta con un procedimiento de anticipos ni pago por anticipado. De otra parte como los anteriores contratos se suspendieron a partir del 23 de septiembre de 2010, no se evidenció gestión por parte del hospital de los recursos de los saldos de los anticipos, toda vez que a la fecha de la presentación de dicho informe los contratos seguían suspendidos. Incumpliendo la Ley 87 de 1993 en su artículo 2 objetivos inciso e) , y artículo 2 numerales a), causado por falta de procedimientos y que los supervisores y/o interventores de los contratos no soportan bien las cuentas y por fallas en puntos de control.	1. Implementar y socializar el procedimiento de manejo de anticipo y pagos anticipados, incluyendo allegar todos los soportes del plan de manejo del anticipo con sus correspondientes soportes y el manejo de la cuenta. 2. Gestionar ante los contratistas la legalización de los saldos de los anticipos entregados.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado y socializado 2. Cumplimiento=Anticipos Legalizados/anticipos por legalizar *100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	SUPERVISOR DE CONTRATOS MANTENIMIENTO	Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100 Cumplimiento= 70%	100	A partir de la observación de la Contraloría en los contratos con formalidades no se manejan anticipos ni pagos anticipados, Para las ordenes de trabajo que se manejan pagos anticipados en el procedimiento CONTRATACION SIN FORMALIDADES PLENAS POR MANTENIMIENTO PC-MN-07-V2 se incluyo lo referente al manejo del pago anticipado. Los contratos que estaban suspendidos se reanudaron a partir del 24 sep/11.al no haberse terminado, no se ha podido legalizar al 100%. se cuenta con informes mensuales de la inversión del pago anticipado y con los soportes del banco. PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS CON FORMALIDADES PLENAS. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO Y CARPETA QUE CONTIENE LOS ANTICIPOS DE LOS CONTRATOS QUE ESTAN REFERENCIADOS.	Se evidencia el cumplimiento de la acción comprometida con la expedición del procedimiento con código PC-MN-07-V2 Contratación sin formalidades plenas por mantenimiento donde se en el ítem 4.11 Inclusión de anticipo/pago anticipado en Orden de Trabajo.	CERRADA
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.3. Falta de soportes en los respectivos comprobantes de pago de anticipos Nos: 29123 de octubre 15 de 2010 girado al consorcio santa clara y el No. 29143 de octubre 20 de 2010, girado a Unión Temporal UP YC. En dichos Comprobantes no reposan el Plan de Manejo de anticipo ni la cuenta correspondiente a donde va a manejarse dicho anticipo. De igual manera el hospital no cuenta con un procedimiento de anticipos ni pago por anticipado. De otra parte como los anteriores contratos se suspendieron a partir del 23 de septiembre de 2010, no se evidenció gestión por parte del hospital de los recursos de los saldos de los anticipos, toda vez que a la fecha de la presentación de dicho informe los contratos seguían suspendidos. Incumpliendo la Ley 87 de 1993 en su artículo 2 objetivos inciso e) , y artículo 2 numerales a), causado por falta de procedimientos y que los supervisores y/o interventores de los contratos no soportan bien las cuentas y por fallas en puntos de control.	1. Implementar y socializar el procedimiento de manejo de anticipo y pagos anticipados, incluyendo allegar todos los soportes del plan de manejo del anticipo con sus correspondientes soportes y el manejo de la cuenta. 2. Gestionar ante los contratistas la legalización de los saldos de los anticipos entregados.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado y socializado 2. Cumplimiento=Anticipos Legalizados/anticipos por legalizar *100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	SUPERVISOR DE CONTRATOS MANTENIMIENTO	Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100 Cumplimiento= 70%	70	A partir de la observación de la Contraloría en los contratos con formalidades no se manejan anticipos ni pagos anticipados, Para las ordenes de trabajo que se manejan pagos anticipados en el procedimiento CONTRATACION SIN FORMALIDADES PLENAS POR MANTENIMIENTO PC-MN-07-V2 se incluyo lo referente al manejo del pago anticipado. Los contratos que estaban suspendidos se reanudaron a partir del 24 sep/11.al no haberse terminado, no se ha podido legalizar al 100%. se cuenta con informes mensuales de la inversión del pago anticipado y con los soportes del banco. PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS CON FORMALIDADES PLENAS. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO Y CARPETA QUE CONTIENE LOS ANTICIPOS DE LOS CONTRATOS QUE ESTAN REFERENCIADOS.	No se evidenció soporte de la gestión ante contratistas de saldos de anticipos entregados.	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS METAS SEGUIMIENTO CONTABLE	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.4 Deficiencias en el procedimiento para el proceso de convenios Docente Asistencial. En relación con los convenios docentes se evidenció que existe un procedimiento de contratación con formalidades plenas de los Convenio Docente Asistencial de fecha Abril de 2009, se constató en este procedimiento que no existe el proceso completo, no se describe el registro de todo los pasos incluyendo los registros inmersos en este, ya que en este convenio intervienen varias áreas del hospital conllevando a que al cierre de la vigencia del 2010 no se evidenció una conciliación anual de la cuenta convenios docentes con las respectivas áreas involucradas en el proceso. Incumpliendo en parte el ?Numeral 3.8. Conciliaciones de información . Y numeral 3.16 Cierre contable numeral 3.19.1. Responsabilidad de quienes ejecutan procesos diferentes al contable de la resolución 357 del 23 de Julio de 2008 de la contaduría General de la Nación.	1- implementar y socializar el procedimiento incluyendo puntos de control para la contraprestación derivada de los convenios docencia-servicio 2- Socializar las Actas de Contraprestacion, con las areas que intervienen en el proceso. 3- Realizar semestralmente conciliacion de saldos de cuentas por cobrar las area de Educacion medica -convenios y Cartera, copia de la conciliacion reposara en cada una de las areas.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado y socializado 2. Actas socializadas. 3. Cumplimiento= Conciliaciones realizadas/conciliaciones programadas	100% procedimiento implementado y socializado 100% conciliaciones efectuadas	JURIDICA , SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dra. Luz Yaneth Torres, Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se actualizo el procedimiento de contraprestacion PC-EM-03-V2 y se socializo. Se socializan las actas con las areas respectivas quienes colocan su Vo. Bo. al pie de la página. Las conciliaciones se realizaron los primeros quince días calendario posterior a la terminación del semestre, ya se hizo la correspondiente al primer semestre de 2011. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO SOCIALIZACION Y CONCILIACION DE LOS SALDOS DE CUENTAS POR COBRAR	Se verificó el procedimiento de manejo de contraprestación de convenios docencia – servicios. Código del procedimiento No. PC-EM-03-V2	CERRADA
3.3. EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3.4 Deficiencias en el procedimiento para el proceso de convenios Docente Asistencial. En relación con los convenios docentes se evidenció que existe un procedimiento de contratación con formalidades plenas de los Convenio Docente Asistencial de fecha Abril de 2009, se constató en este procedimiento que no existe el proceso completo, no se describe el registro de todo los pasos incluyendo los registros inmersos en este, ya que en este convenio intervienen varias áreas del hospital conllevando a que al cierre de la vigencia del 2010 no se evidenció una conciliación anual de la cuenta convenios docentes con las respectivas áreas involucradas en el proceso. Incumpliendo en parte el ?Numeral 3.8. Conciliaciones de información . Y numeral 3.16 Cierre contable numeral 3.19.1. Responsabilidad de quienes ejecutan procesos diferentes al contable de la resolución 357 del 23 de Julio de 2008 de la contaduría General de la Nación.	1- implementar y socializar el procedimiento incluyendo puntos de control para la contraprestación derivada de los convenios docencia-servicio 2- Socializar las Actas de Contraprestacion, con las areas que intervienen en el proceso. 3- Realizar semestralmente conciliacion de saldos de cuentas por cobrar las area de Educacion medica -convenios y Cartera, copia de la conciliacion reposara en cada una de las areas.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado y socializado 2. Actas socializadas. 3. Cumplimiento= Conciliaciones realizadas/conciliaciones programadas	100% procedimiento implementado y socializado 100% conciliaciones efectuadas	JURIDICA , SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dra. Luz Yaneth Torres, Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se actualizo el procedimiento de contraprestacion PC-EM-03-V2 y se socializo. Se socializan las actas con las areas respectivas quienes colocan su Vo. Bo. al pie de la página. Las conciliaciones se realizaron los primeros quince días calendario posterior a la terminación del semestre, ya se hizo la correspondiente al primer semestre de 2011. SE ADJUNTA PROCEDIMIENTO SOCIALIZACION Y CONCILIACION DE LOS SALDOS DE CUENTAS POR COBRAR	Se verificaron actas de contraprestación de convenios docentes y socialización de procesos de docencia de fecha enero 25 de 2012. Se anexa conciliación de saldos de cuentas por cobrar con estados contables a junio 30 de 2011	
3.5. EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.1. En el Contrato de Consultoría No. 225/2010, se observa irregularidad desde la etapa precontractual, en razón a que en la invitación pública a cotizar No.005 de 2010 (folio 17 de la invitación), de julio 07 de 2010, en su numeral 3.6 Forma de Pago dice: ??El valor de los trabajos se pagará al CONTRATISTA de la siguiente manera: Se pagará el 30% como anticipo y 10%	Precisar en el cuerpo del contrato la forma de pago anticipo o pago anticipado, conforme al pliego de condiciones.	Cumplimiento=Numero de contratos objeto de invitación publica/numero de invitaciones publicas* 100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	En la minuta del contrato se estipula la forma de pago. PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	<p>por cada estudio entregado (cinco estudios) y el otro 20% del valor del contrato al final de su ejecución??. ?El valor propuesto debe contemplar todos los gastos que se generan para la Suscripción y Legalización del contrato. EL INICIO DE LOS TRABAJOS Y LA SUBCONTRATACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS NO ESTÁN SUJETOS AL DESEMBOLSO DE RECURSOS.?. Pese a lo ofertado, en la minuta del contrato se modificaron las condiciones, estipulándose en la Cláusula Segunda del contrato: ??Forma de Pago: el valor del contrato será cancelado de la siguiente forma: a) El treinta por ciento 30%, es decir la suma de (\$261.000.000), POR CONCEPTO DE PAGO ANTICIPADO...?. Cómo se puede evidenciar, se cambia la figura del anticipo por el de pago anticipado. No obstante en el Acta de inicio de fecha 19 de octubre de 2010 quedaron consignados: Plan y Cronograma de Trabajo del Contrato y Plan de Inversión del Anticipo. Para lo cual tanto el Contratista y la Interventoría presentaron el Plan de Manejo del Anticipo en fecha octubre 06 de 2010 y los extractos de consignación en las cuentas bancarias como lo requiere la norma para tal fin. Así mismo el contrato de Interventoría No.J226 de 2010, no se dio aplicación a lo pactado en la invitación pública No.006 de 2010 en su numeral 3.5. Al igual con el Contrato de Compraventa No.347-10, se observa irregularidad de lo regulado en la Invitación Pública No.008-009, en su numeral 3.5. Lo que implica incumplimiento a lo exigido y/o pactado en las invitaciones públicas en mención. Transgrediendo el principio de Transparencia y equidad, el Acuerdo 131 de 2010 - Manual de Contratación y su anexo ?Manual de Interventoría y Supervisión, Ley 734 de 2002, Tomo I y II y Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.</p>													
3.5 EVALUACION A LA CONTRATACION	<p>3.5.2. En el Convenio Interadministrativo de Suministro No. 026-09, se presenta irregularidad respecto con la delegación en la supervisión del Convenio, toda vez que se asigna a una funcionaria mediante acto administrativo para desarrollar dicha actividad, pero la delegación es asumida por otra sin que exista acto administrativo donde se reformule la supervisión. Lo que implica que se no se pueda determinar la responsabilidad en un momento dado, al efectuar este tipo de cambios informales. Transgrediéndose lo normado en el</p>	<p>Identificar en el cuerpo del contrato el cargo del servidor público a quien se le hace la designación.</p>	<p>Cumplimiento= clausula de supervisión del contrato con la mención del cargo del servidor público.</p>	<p>100% de cumplimiento de la acción correctiva</p>	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100%	100	<p>A partir de la observación de la Contraloría solo se identifica el cargo del supervisor PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS</p>	<p>El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.</p>	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	Acuerdo 131 de 2010 - Manual de Contratación y su anexo ?Manual de Interventoría y Supervisión y Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.													
3.5 EVALUACION A CONTRATACION	3.5.3. En el Contrato de Prestación de Servicios No. AS300-2010, se observa irregularidad de gestión y control por parte del supervisor del contrato, toda vez que mediante oficio de fecha 03 de mayo de 2010, solicita se realice un OTROSI al contrato inicial por valor de \$7.176.000 y aumento en el valor de la hora de \$50.000 a \$54.000, lo anterior lo fundamenta en la necesidad de reajustar el valor del contrato principal, teniendo en cuenta que no se han incrementado los honorarios contratados en enero de 2010?, si el contrato se suscribió con un plazo de ejecución del 12 de enero al 30 de junio de 2010, y un valor de \$104.400.000. Lo que implica indebida aplicación del principio de transparencia y principio de economía, si se tiene en cuenta que es un contrato, y no de dependencia con subordinación laboral, por lo que se estaría incurriendo en un presunto daño al patrimonio público. Transgrediéndose lo normado en el acuerdo 131 de 2010 - manual de contratación y su anexo ?manual de interventoría y supervisión, Ley 734 de 2002, Tomo I y II, Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e, y Ley 610 de 2000 en su artículo 5º. Igual en los siguientes contratos de Prestación de Servicios: AS097-2010, por valor de \$2.328.000, y aumento en el valor de la hora de \$50.000 a \$54.000. AS012-2010, por valor de \$3.762.000, y aumento en el valor de la hora de \$50.000 a \$54.000. AS303-2010, por valor de \$5.880.000, y aumento en el valor de la hora de \$28.000 a \$28.000. AS295-2010, por valor de \$2.020.000, y aumento en el valor de la hora de \$50.000 a \$54.000. AS447-2010, por valor de \$912.000, y aumento en el valor de la hora de \$50.000 a \$54.000. Por lo tanto, se constituye en un presunto detrimento al patrimonio público en valor por \$22.078.000.	1- A partir de la fecha en todas las carpetas de los contratos, se adjuntaran los soportes que evidencien las decisiones tomadas por la administración.	Cumplimiento =No. de contratos con todos los soportes de las etapas contractuales/ No. de contrato de Prestación de Servicios elaborados en el periodo*100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, TALENTO HUMANO	Dr. Saen Puentes, Dr. John Ramos	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100%	100	En las carpetas de las ordenes de prestación de servicios, se adjuntan los soportes de las etapas contractuales al igual que las decisiones que sustentan los otrosi PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS DEL AREA DE TALENTO HUMANO	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION
3.5 EVALUACION A CONTRATACION	3.5.4. Revisado el acervo documental de las carpetas de los contratos relacionados a continuación, no se evidenció documento soporte de la consignación al pago de los derechos de publicación de los contratos u ordenes, adiciones, prorrogas y otrosi modificatorios en el diario único de contratación pública ? Gaceta Distrital., debiendo haber pagado por la publicación de los contratos y otrosi	En los contratos de prestación de servicios que superen los 50 SMLMV, se realizará la correspondiente publicación en la gaceta distrital	Cumplimiento= No. de contratos publicados en la gaceta distrital/No. de contratos elaborados que superen los 50 SMLMV*100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA TALENTO HUMANO	Dr. Saen Puentes, Dr. John Ramos	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 74/121=61%	61	Se revisaron las OPS que superan los 50 S.M.LV de enero a agosto/11, de 121 se han publicado 74 contratos. SE ADJUNTAN SOPORTES DE PAGO DE LA PUBLICACION EN LA GACETA DISTRITAL.	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION





CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.5 EVALUACION A CONTRATACION	3.5.5. Revisada la información relacionada con procesos que cursan en contra del Hospital, se evidenció por Sentencias Judiciales, que la entidad fue sancionada por diferentes Instancias ?Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Superintendencia Nacional de Salud, Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, el Juzgado Treinta y Dos Administrativo del Circulo de Bogotá ? Sección Tercera y la Secretaría Distrital de Salud? al reconocimiento y pago por irregularidades cometidas con la suscripción y ejecución de contratos u ordenes de prestación de servicios, por Falta de atención medica a paciente, como se observa en el siguiente cuadro: VER INFORME DE AUDITORIA. De lo anterior, se observa que la Oficina de Control Interno Disciplinario del Hospital Santa Clara, se encuentra adelantando las investigaciones pertinentes para determinar los presuntos responsables, procesos que se encuentra en etapa probatoria, por consiguiente y resultado de la misma se podrían determinar en presunto detrimento al patrimonio público, teniendo en cuenta que dichos obligaciones ya fueron canceladas con recursos del Hospital. Se tendrá en cuenta para su seguimiento por parte de este ente de control. Transgrediendo presuntamente lo normado en los artículos 8 y 11 de la Ley 678 de 2001 y Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.	Informar a la Oficina de Control Interno Disciplinario y a la Contraloria de Bogotá, cuando se quede en firme un proceso en contra del Hospital.	Cumplimiento=Número de procesos en contra informados a OCID y Contraloria/Número de procesos fallados en contra *100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	La Oficina Jurídica una vez se haya agotado la etapa procesal y queda en firme la sancion en contra del hospital le informa mediante oficio a la Oficina de Control Interno Disciplinarios. SE ADJUNTAN SOPORTES DE ENVIO A LA ACONTRALORIA Y A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION
3.5 EVALUACION A CONTRATACION	3.5.6. Se observa falencia de gestión y control por parte de la Oficina Jurídica del Hospital Santa Clara, al no remitir oportunamente información de algunos procesos a la Oficina de Control Interno Disciplinario del Hospital Santa Clara, para que inicie lo pertinente a su competencia. Lo que implica y presume una posible falta por acción u omisión por parte de la Oficina Jurídica en desarrollo de sus deberes, como quedo consignado en Acta de Vista Fiscal a la Oficina de Control Interno Disciplinario en fecha 05-05-2011. Transgrediendo presuntamente lo normado en la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.	Informar a la Oficina de Control Interno Disciplinario y a la Contraloria de Bogotá, cuando se quede en firme un procesos en contra del Hospital.	Cumplimiento=Número de procesos en contra informados a OCID y Contraloria/Número de procesos fallados en contra *100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	La Oficina Jurídica una vez se haya agotado la etapa procesal y queda en firme la sancion en contra del hospital se le informa mediante oficio a la Oficina de Control Interno Disciplinarios. SE ADJUNTAN SOPORTES DE ENVIO A LA ACONTRALORIA Y A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.5 EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.7. En el Contrato de Prestación de Servicios de Mantenimiento No. 290-10, se observa irregularidad de Planeación y estudios previos, teniendo en cuenta que el área donde se ejecuta el contrato se presume como área de Patrimonio Cultural, además se observa que el edificio amenaza ruina, debido a que sus muros y cubierta especialmente se encuentran en grado avanzado de deterioro, se observa un posible sobre costo al realizar el otro sí, ya que se mantienen valores superiores pese a las modificaciones, se incluyen ítems a precios superiores a los precios de mercado, como se observa a continuación en los siguientes cuadros: VER INFORME DE AUDITORIA. Los cuadros muestran una diferencia en el total de los ítems citados contratados Vs los ejecutados. Lo que denota ineficiencia en la Planeación y estudios previos, y posibles sobre costos, es de anotar que el contrato se encuentra aun en ejecución. Transgrediéndose lo normado en el acuerdo 131 de 2010 - manual de contratación y su anexo ?manual de interventoría y supervisión y Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a, d y e.	1) Para la elaboración de cada contrato u orden de trabajo de mantenimiento, previamente debe realizarse una justificación o estudio basado en las necesidades vigentes de la institución proyectadas para satisfacer a cabalidad las necesidades 2) Debe incluirse en la lista de chequeo de documentos que reposan en las carpetas de cada contrato la justificación que soporta la contratación	Cumplimiento= No. de contratos de mantenimiento con justificación o estudios /No. de contratos de mantenimiento realizados durante la vigencia	(100%) de los contratos de mantenimiento o con todos los soportes y estudios previos	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	En las carpetas de los contratos de mantenimiento se adjunta la justificación. En las listas de chequeo se incluyó la justificación PARA VERIFICAR EN LAS CARPETAS DE LOS CONTRATOS DE MANTENIMIENTO.	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.1 El hospital no optimiza la capacidad instalada en Recurso Humano con la demanda de consulta médica especializada, lo cual afecta la cobertura y producción del servicio de Consulta Externa con el consiguiente incremento del volumen de urgencias. Por otra parte, se evidencia un bajo rendimiento por parte de los profesionales que deja entrever un desaprovechamiento de los recursos de Talento Humano contratados por el hospital al no implementar otros mecanismos en la asignación de citas que garanticen una mayor cobertura. Lo anterior transgrede el objetivo Institucional ?Conservar y restablecer la salud a través de acciones asistenciales?, la ley 100 de 1993 art 185 y 153 numeral 9 y Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1. Establecer las causas de cancelación y/o inasistencia de los pacientes a las citas las cuales inciden en la productividad y rendimiento de los especialistas. 2. Evaluar la oferta de cada uno de los especialistas VRS la demanda ajustando la oferta. 3. Realizar seguimiento y generar consultas para los pacientes que no pudieron acceder a una cita según los listados elaborados por atención al usuario mensualmente.	1. Cobertura= Número de pacientes que no se pudieron atender en consulta externa en el mes/Total de pacientes atendidos en el mes * 100 2. Cumplimiento= Total de consultas realizadas por el médico especialista/Total de horas laboradas en la consulta * 100. 3. Cumplimiento= Citas asignadas para pacientes en lista de espera en el mes.	1. Mantener el rendimiento mayor o igual a 2.8 en la consulta Especializada. 2. Ajustar Oferta VRS Demanda 3. Mejorar la oportunidad en consulta Especializada	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN SERVICIOS AMBULATORIOS	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Sandra Zabala	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cobertura= 2827/84147=3.4 Cumplimiento =78114/29961=2.6 Cumplimiento =2827/84147=3.4	92	Se maneja matriz que se baja del sistema (se puede consultar en Consulta Externa) la cual muestra las causas de inasistencia de los usuarios, (No contestan el teléfono Llegan tarde a la consulta Dañado el teléfono Falta autorización Ya no vive en esa dirección, etc) evidenciándose que es por causas externas. Se está evaluando la productividad de cada uno de los especialistas. Se manejan listados elaborados por Atención al Usuario, con número telefónico, se clasifican por especialidad, se concreta con los especialistas para la atención de estos pacientes y luego de acuerdo al listado se llaman para la asignación de las citas	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas. Se verificó en consulta externa las causas de inasistencia de los usuarios.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO INDICADOR	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
												LA MATRIZ DEL SISTEMA, LA EVALUACION A LA PRODUCTIVIDAD SE PUEDEN CONSULTAR EN LA UFEN DE SERVICIOS AMBULATORIOS SE ADJUNTA CONSOLIDADO DE PACIENTES PENDIENTES POR ASIGNAR CITA.		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.1 El hospital no optimiza la capacidad instalada en Recurso Humano con la demanda de consulta médica especializada, lo cual afecta la cobertura y producción del servicio de Consulta Externa con el consiguiente incremento del volumen de urgencias. Por otra parte, se evidencia un bajo rendimiento por parte de los profesionales que deja entrever un desaprovechamiento de los recursos de Talento Humano contratados por el hospital al no implementar otros mecanismos en la asignación de citas que garanticen una mayor cobertura. Lo anterior transgrede el objetivo Institucional ¿Conservar y restablecer la salud a través de acciones asistenciales?, la ley 100 de 1993 art 185 y 153 numeral 9 y Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1.Establecer las causas de cancelacion y/o inasistencia de los pacienes a las citas las cuales inciden en la productividad y rendimiento de los especialistas. 2. Evaluar La oferta de cada uno de los especialistas VRS la demanda ajustando la oferta. 3.Realizar seguimiento y generar consultas para los pacientes que no pudieron acceder a una cita segun los listados elaborados por atencion al usuario mensualmente.	1.Cobertura=Numero de pacientes que no se pudieron atender en consulta externa en el mes/Total de pacientes atendidos en el mes * 100 2.Cumplimiento=Total de consultas realizadas por el medico especialista/Total de horas laboradas en la consulta*100. 3.Cumplimiento=Citas asignadas para pacientes en lista de espera en el mes.	1.Mantener el rendimiento mayor o igual a 2.8 en la consulta Especializada . 2.Ajustar Oferta VRS Demanda 3.Mejorar la oportunidad en consulta Especializada .	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN SERVICIOS AMBULATORIOS	Dr.Jose Ernesto Paramo, Dra. Sandra Zabala	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cobertura= $2827/84147=3.4$ Cumplimiento= $=78114/29961=2.6$ Cumplimiento= $=2827/84147=3.4$	97	Se maneja matriz que se baja del sistema (se puede consultar en Consulta Externa) la cual muestra las causas de inasistencia de los usuarios, (No contestan el telefono LLegan tarde a la consulta Dañado el telefono Falta autorización Ya no vive en esa dirección, etc) evidenciándose que es por causas externas. Se esta evaluando la productividad de cada uno de los especialistas. Se manejan listados elaborados por Atención al Usuario, con número telefónico, se clasifican por especialidad, se concreta con los especialistas para la atención de estos pacientes y luego de acuerdo al listado se llaman para la asignación de las citas LA MATRIZ DEL SISTEMA, LA EVALUACION A LA PRODUCTIVIDAD SE PUEDEN CONSULTAR EN LA UFEN DE SERVICIOS AMBULATORIOS SE ADJUNTA CONSOLIDADO DE PACIENTES PENDIENTES POR ASIGNAR CITA.		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO CONTROL	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.1 El hospital no optimiza la capacidad instalada en Recurso Humano con la demanda de consulta médica especializada, lo cual afecta la cobertura y producción del servicio de Consulta Externa con el consiguiente incremento del volumen de urgencias. Por otra parte, se evidencia un bajo rendimiento por parte de los profesionales que deja entrever un desaprovechamiento de los recursos de Talento Humano contratados por el hospital al no implementar otros mecanismos en la asignación de citas que garanticen una mayor cobertura. Lo anterior transgrede el objetivo Institucional ?Conservar y restablecer la salud a través de acciones asistenciales?, la ley 100 de 1993 art 185 y 153 numeral 9 y Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1.Establecer las causas de cancelacion y/o inasistencia de los pacienes a las citas las cuales inciden en la productividad y rendimiento de los especialistas. 2. Evaluar La oferta de cada uno de los especialistas VRS la demanda ajustando la oferta. 3.Realizar seguimiento y generar consultas para los pacientes que no pudieron acceder a una cita segun los listados elaborados por atencion al usuario mensualmente.	1.Cobertura=Numero de pacientes que no se pudieron atender en consulta externa en el mes/Total de pacientes atendidos en el mes * 100 2.Cumplimiento=Total de consultas realizadas por el medico especialista/Total de horas laboradas en la consulta*100. 3.Cumplimiento=Citas asignadas para pacientes en lista de espera en el mes.	1.Mantener el rendimiento mayor o igual a 2.8 en la consulta Especializada . 2.Ajustar Oferta VRS Demanda 3.Mejorar la oportunidad en consulta Especializada .	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN SERVICIOS AMBULATORIOS	Dr.Jose Ernesto Paramo, Dra. Sandra Zabala	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cobertura=2827/84147=3.4 Cumplimiento =78114/29961=2.6 Cumplimiento =2827/84147=3.4	97	Se maneja matriz que se baja del sistema (se puede consultar en Consulta Externa) la cual muestra las causas de inasistencia de los usuarios, (No contestan el telefono Llegan tarde a la consulta Dañado el telefono Falta autorización Ya no vive en esa dirección, etc) evidenciándose que es por causas externas. Se esta evaluando la productividad de cada uno de los especialistas. Se manejan listados elaborados por Atención al Usuario, con número telefónico, se clasifican por especialidad, se concreta con los especialistas para la atención de estos pacientes y luego de acuerdo al listado se llaman para la asignación de las citas LA MATRIZ DEL SISTEMA, LA EVALUACION A LA PRODUCTIVIDAD SE PUEDEN CONSULTAR EN LA UFEN DE SERVICIOS AMBULATORIOS SE ADJUNTA CONSOLIDADO DE PACIENTES PENDIENTES POR ASIGNAR CITA.		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.2 El hospital no ha establecido el indicador de demanda insatisfecha de consulta médica especializada para la vigencia 2010 como un complemento a la evaluación de la oferta y cobertura del servicio prestado, lo que deja entrever debilidades del sistema de Gestión de Calidad, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993	Establecer que porcentaje de pacientes no pudieron acceder a la consulta ofertada.	Cumplimiento= Nº de pacientes que solicitaron cita en servicios ofertados y que no pudieron acceder a la cita/ total de citas Asignadas al mes*100	Realizar seguimiento a los pacientes que no pudieron acceder a los servicios ofertados por el Hospital Santa Clara	SUBDIRECCION CIENTIFICA, UFEN SERVICIOS AMBULATORIOS	Dr.Jose Ernesto Paramo, Dra. Sandra Zabala	N/A	15/06/2011	14/06/2012 EJECUCION	Cumplimiento =2827/84147=3.4	97	Se manejan listados elaborados por Atención al Usuario, con número telefónico, se clasifican por especialidad, se concreta con los especialistas para la atención de estos pacientes y luego de acuerdo al listado se llaman para la asignación de las citas. SE ADJUNTA CONSOLIDADO DE PACIENTES PENDIENTES POR	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS ENTIDADES QUE SE ENCUENTRAN EN EL PROCESO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.3 En el Hospital no se realiza un adecuado control de los procesos administrativos que se adelantan en la SDS en su contra, esto se hace visible por cuanto de las siguientes investigaciones de la SDS: 583/04, 961/08, 861/08, 1406/08, 1546/08, 1669/08, 364/09 y 326/09 la Oficina Jurídica desconoce el resultado y decisiones. Lo anterior, evidencia falta de organización y control lo que puede generar la extemporaneidad de los recursos, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993	Soportar en las carpetas de investigaciones administrativas, los documentos que evidencien las decisiones del investigador.	Cumplimiento de carpetas de investigaciones administrativas con soportes/numero de investigaciones en curso*100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012 EJECUCION	Cumplimiento =100%	100	ASIGNAR CITA. En la Oficina Jurídica se lleva por investigación una carpeta en la cual reposan los documentos inherentes a la misma. De las investigaciones en mención se relaciona el resultado: 583/2004 no se paga multa ya estaba fuera de termino, 961/2008, no existe, 861/2008 por atención al paciente Mercedes Larrarte se cancela multa de acuerdo a resolución de pago 172 del 9/06/2011,1406/2008 atención a la paciente Ma. Teresa Martínez se cancela multa según resolución hsc de pago 471 de noviembre 28 de 2011,1546/2008 Luis Fernando Vigoya se cancela multa según resolución hsc de pago 173 de 9/06/2011, 1669/2008 atención al paciente Ma del Tránsito Gómez, fue exonerado el hospital según resolución de sds 099 del 02/02/2011, 364/2009 atención al paciente Henry Moreno Guzman se cancela multa según resolución HSC 369 del 22/11/2010, 326/2009 atención al paciente Jose del Carmen Vargas Diaz se cancela multa según resolución HSC del 9/06/2011 SE ADJUNTAN SOPORTES DE LAS INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS MENCIONADAS Y LAS CARPETAS DE LOS PROCESOS SE ENCUENTRAN EN LA OFICINA JURIDICA	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.4 El patrimonio del hospital Santa Clara fue afectado en cuantía de \$147.110.521 por pago de multas por fallas o deficiencias en los procesos administrativos y asistenciales, lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y el Capítulo II Artículo 34 Numeral 2 de la Ley 724 de 2002 y artículo 34 de la Ley 734 de 2002. Por lo anterior se generó un presunto detrimento patrimonial por valor de \$118.866.821 pesos por incumplimiento del artículo 1 de la Resolución 016 de 1997.	Informar a la Oficina de Control Interno Disciplinario y a la Contraloría de Bogotá, cuando se quede en firme un proceso en contra del Hospital.	Cumplimiento=Número de procesos en contra informados a OCID y Contraloría/Número de procesos fallados en contra *100	100% de cumplimiento de la acción correctiva	JURIDICA	Dra. Luz Yaneth Torres	N/A	15/06/2011	14/06/2012 EJECUCION	Cumplimiento=100%	100	La Oficina Jurídica una vez se haya agotado la etapa procesal y queda en firme la sanción en contra del hospital se le informa mediante oficio a la Oficina de Control Interno Disciplinarios.. SE ADJUNTAN SOPORTES EN EL NUMERAL 3.5.5	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION
3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.5 En los convenios docentes asistenciales se establece un porcentaje de contraprestación por cada estudiante de pregrado, internado y postgrado proporcional al tiempo de rotación en el hospital. Para ello, ¿el hospital y la universidad suscribirán un Acta, dentro del mes siguiente de su ejecución, en el cual se consignara el valor calculado, el número de estudiantes y las fechas de pago, pago que deberá ser en compra o arrendamiento de equipos biomédicos o de computo, insumos, medicamentos, adecuaciones a la planta física del hospital, dinero y/o demás solicitudes que realice el hospital conforme a los requerimientos del mismo?. A la fecha, mayo de 2010 el hospital no ha legalizado las actas de contraprestación correspondientes a las rotaciones de estudiantes realizadas en la vigencia 2009. Lo anterior obedece a deficiencia en los procedimientos del área generando falta de control de los recursos, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1- Realizar y legalizar las actas de contraprestación de cuentas de vigencias anteriores a 2011, conforme a un cronograma de conciliaciones entre Educación Médica, Cartera y las universidades. 2- Realizar las conciliaciones para acordar el valor de la Contraprestación, con las áreas de Cartera, Educación Médica y las universidades dentro de los plazos establecidos en los convenios.	Cumplimiento= Actas de contraprestación realizadas y legalizadas de acuerdo al cronograma. Cumplimiento= Conciliaciones realizadas/ conciliaciones programadas*100	100% Actas de contraprestación legalizadas de acuerdo al cronograma 100% de conciliaciones realizadas	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra.Ivet Pernett	N/A	15/06/2011	14/06/2012 EJECUCION	Cumplimiento= 12/14= 58% Cumplimiento= 12/14=86%	58	Se realizaron las actas de contraprestación de cuentas de vigencias anteriores a 2011, de las siguientes instituciones que hacían falta por conciliar: Rosario, San Martín, Militar, Bosque, Sabana Medicina, Sabana Psicología, Cemca, Incap, Santa Fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina y Antonio Nariño Enfermería, Funca y Javeriana estas fueron enviadas, firmadas por el gerente del hospital, a las instituciones educativas para su firma y pagos correspondientes. Se conciliaron los valores de la contraprestación de 2010 y años anteriores con las siguientes instituciones: Rosario, Militar, de las siguientes se conciliaron los saldos y se hizo el acta de contraprestación San Martín, Bosque, Sabana Medicina, Sabana Psicología, Cemca, Incap, Santa Fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina y Antonio Nariño enfermería, Funca, Javeriana y Campo alto. En total eran 14 cuentas de años anteriores a 2011 las cuales ya están elaboradas, conciliadas y algunas en proceso de firmas. Se actualizó el procedimiento PC-EM-03-V2 Manejo de Contraprestaciones de Convenios Docencia Servicio. SE ADJUNTA COPIA DE LAS ACTAS DE CONCILIACION.	El hospital se encuentra dentro del término establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION
3.6 EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.5 En los convenios docentes asistenciales se establece un porcentaje de contraprestación por cada estudiante de pregrado, internado y postgrado proporcional al tiempo de rotación en el hospital. Para ello, ¿el hospital y la universidad suscribirán un Acta, dentro del mes siguiente de su ejecución, en el cual se consignara el valor calculado, el	1- Realizar y legalizar las actas de contraprestación de cuentas de vigencias anteriores a 2011, conforme a un cronograma de conciliaciones entre Educación Médica,	Cumplimiento= Actas de contraprestación realizadas y legalizadas de acuerdo al cronograma. Cumplimiento= Conciliaciones realizadas/	100% Actas de contraprestación legalizadas de acuerdo al cronograma 100% de conciliaciones	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra.Ivet Pernett	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 12/14= 58% Cumplimiento= 12/14=86%	86	Se realizaron las actas de contraprestación de cuentas de vigencias anteriores a 2011, de las siguientes instituciones que hacían falta por conciliar: Rosario, San Martín, Militar, Bosque, Sabana Medicina, Sabana Psicología, Cemca, Incap, Santa Fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina y		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	número de estudiantes y las fechas de pago, pago que deberá ser en compra o arrendamiento de equipos biomédicos o de computo, insumos, medicamentos, adecuaciones a la planta física del hospital, dinero y/o demás solicitudes que realice el hospital conforme a los requerimientos del mismo?. A la fecha, mayo de 2010 el hospital no ha legalizado las actas de contraprestación correspondientes a las rotaciones de estudiantes realizadas en la vigencia 2009. Lo anterior obedece a deficiencia en los procedimientos del área generando falta de control de los recursos, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	Cartera y las universidades. 2- Realizar las conciliaciones para acordar el valor de la Contraprestación, con las áreas de cartera, Educación Médica y las universidades dentro de los plazos establecidos en los convenios.	conciliaciones programadas*100	realizadas								Antonio Nariño Enfermería, Funca y Javeriana estas fueron enviadas, firmadas por el gerente del hospital, a las instituciones educativas para su firma y pagos correspondientes. Se conciliaron los valores de la contraprestación de 2010 y años anteriores con las siguientes instituciones: Rosario, Militar, de las siguientes se conciliaron los saldos y se hizo el acta de contraprestación San Martín, Bosque, Sabana Medicina, Sabana Psicología, Cemca, Incap, Santa fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina y Antonio Nariño enfermería, Funca, Javeriana y Campo alto. En total eran 14 cuentas de años anteriores a 2011 las cuales ya estan elaboradas, conciliadas y algunas en proceso de firmas. Se actualizo el procedimiento PC-EM-03-V2 Manejo de Contraprestaciones de Convenios Docencia Servicio. SE ADJUNTA COPIA DE LAS ACTAS DE CONCILIACION.		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.6 El hospital no establece en los convenios docente asistenciales información correspondiente al personal participante, numero de estudiantes, número de docentes e intensidad horaria, unidades funcionales y servicios involucrados, mecanismos de supervisión, responsabilidades de personal docente, discente, investigativo y administrativo, así como los criterios y procedimientos de evaluación. Tampoco se estipula la forma de financiación de la alimentación, ropa de trabajo, uso de parqueaderos, áreas de descanso y otros. Por otra parte, la ejecución de algunos convenios en la vigencia 2011 no se ha legalizado. Lo Anterior obedece a falta de procedimientos y mecanismos de control que conlleva a un manejo informal de los recursos, incumpliendo el Decreto 190 de 1996 (Vigente hasta 30 de junio de 2010), Decreto 2376 de 2010 y Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993, Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1- Establecer y socializar un procedimiento global para la realización de Convenios Docencia-Servicio incorporando los aspectos académicos, de bienestar docente y estudiantil, compromisos financieros y puntos de control de acuerdo a las normas vigentes. 2- Legalizar los convenios dentro de los términos establecidos, conforme a las normas vigentes .	Cumplimiento= Procedimiento para Convenios Docencia - Servicio establecido y socializado Cumplimiento= Convenios legalizados dentro de los terminos establecidos/No. convenios realizados*100	100% Procedimiento o creado, implementado y socializado. 100% convenios legalizados dentro de los terminos establecidos	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100 Cumplimiento=23/26=88%	100	Se documento el procedimiento PC-EM-04-V1 REALIZAR UN CONVENIO DE DOCENCIA SERVICIO y se socializo. Para el 2011 se conto con (26) convenios: Rosario, San Martín, Militar, Bosque, Sabana Areas de la Salud , Cemca, Incap, Santa Fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina, Antonio Nariño Areas de la Salud, Funca, Javeriana, Nacional, Libre de Barranquilla, Libre de Cali, Manuela Beltran, Centro Vocacional de Salud, Centro de Juventudes Trabajadoras, ECCI, Campo Alto, FUCS, SENA, Udca, Univ. de Caldas, Univ. Sur Colombiana. De los convenios mencionados falta legalizar con (3) entidades. SE ADJUNTAN COPIAS DE LOS CONVENIOS (PRIMERA Y ULTIMA HOJA DE CADA UNO,	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LAS METAS SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
												LOS ORIGINALES REPOSAN EN LA OFICINA DE EDUCACION MEDICA) COPIA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SU SOCIALIZACION.		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.6 El hospital no establece en los convenios docente asistenciales información correspondiente al personal participante, número de estudiantes, número de docentes e intensidad horaria, unidades funcionales y servicios involucrados, mecanismos de supervisión, responsabilidades de personal docente, discente, investigativo y administrativo, así como los criterios y procedimientos de evaluación. Tampoco se estipula la forma de financiación de la alimentación, ropa de trabajo, uso de parqueaderos, áreas de descanso y otros. Por otra parte, la ejecución de algunos convenios en la vigencia 2011 no se ha legalizado. Lo Anterior obedece a falta de procedimientos y mecanismos de control que conlleva a un manejo informal de los recursos, incumpliendo el Decreto 190 de 1996 (Vigente hasta 30 de junio de 2010), Decreto 2376 de 2010 y Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993, Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1- Establecer y socializar un procedimiento global para la realización de Convenios Docencia-Servicio incorporando los aspectos académicos, de bienestar docente y estudiantil, compromisos financieros y puntos de control de acuerdo a las normas vigentes. 2- Legalizar los convenios dentro de los términos establecidos, conforme a las normas vigentes.	Cumplimiento= Procedimiento para Convenios Docencia - Servicio establecido y socializado y Cumplimiento= Convenios legalizados dentro de los terminos establecidos/No. convenios realizados*100	100% Procedimiento creado, implementado y socializado. 100% convenios legalizados dentro de los terminos establecidos	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100 Cumplimiento=23/26=88%	88	Se documento el procedimiento PC-EM-04-V1 REALIZAR UN CONVENIO DE DOCENCIA SERVICIO y se socializo. Para el 2011 se conto con (26) convenios: Rosario, San Martín, Militar, Bosque, Sabana Areas de la Salud, Cemca, Incap, Santa Fe de Bogotá, Ecsacun, Área Andina, Antonio Nariño Areas de la Salud, Funca, Javeriana, Nacional, Libre de Barranquilla, Libre de Cali, Manuela Beltran, Centro Vocacional de Salud, Centro de Juventudes Trabajadoras, ECCI, Campo Alto, FUCS, SENA, Udca, Univ. de Caldas, Univ. Sur Colombiana. De los convenios mencionados falta legalizar con (3) entidades. SE ADJUNTAN COPIAS DE LOS CONVENIOS (PRIMERA Y ULTIMA HOJA DE CADA UNO, LOS ORIGINALES REPOSAN EN LA OFICINA DE EDUCACION MEDICA) COPIA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SU SOCIALIZACION.		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.7 El Hospital Santa Clara dirigió recursos de los convenios docente asistenciales por cuantía de \$22.563.400 en estudios de educación superior a funcionarios del hospital vinculados por libre nombramiento y remoción, quienes se retiraron de la entidad sin retribución alguna. Lo anterior, por no tener reglamentado el Plan de Estímulos, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1567 de 1998 Fundamentos del sistema de Estímulos	Mediante Acto Administrativo modificará en Plan de Bienestar donde se incluirá el Plan de estímulos del Hospital Santa Clara teniendo en cuenta la normatividad vigente.	Cumplimiento =Plan de Bienestar modificado con el correspondiente plan de estímulos aprobado mediante acto administrativo.	100% de cumplimiento de la acción correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA, SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, TALENTO HUMANO	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet, Dr. Saen Puentes, Dr. John Ramos.	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	Se cuenta con la Resolución No. 036 de febrero 7 de 2011 y se incluyo lo de estímulos. SE ADJUNTA COPIA DE LA RESOLUCION 036/2011	Se verificó Resolución 036 de 2011. Se cumplió la acción correctiva.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.8 El Hospital legalizo el acta de contraprestación del 15 de febrero de 2010 por un valor de \$32.775.000 con la Universidad el Bosque, por concepto de primer semestre de la especialización en Docencia Universitaria con énfasis en Educación Médica para los funcionarios del Hospital, como parte de los convenios docente asistenciales con ésta Universidad. Del total de 18 funcionarios, 11 pertenecen a la planta del hospital y 7 son vinculados por contrato. El valor por cada uno es de \$1.725.000 lo que corresponde a un monto total de \$12.075.000 por los siete profesionales contratistas, lo cual podría generar un presunto detrimento fiscal. Sin embargo, el hospital presentó documentos donde se verifica que los contratistas pagarán sus respectivas matrículas, lo que será motivo de verificación a través del seguimiento al Plan de Mejoramiento. Lo anterior, obedece a la falta de procedimientos y mecanismos de control de las áreas responsables y a no tener reglamentado el plan de estímulos lo que genera falta de control de los recursos, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1567 de 1998 Fundamentos del Sistema de Estímulos.	1- La Subdirección Científica por intermedio del Área de Educación Médica, en el término de tres (3) meses contados a partir de la conformidad del Plan de Mejoramiento, recibirá el valor de \$ 12.075.000, lo cual será consignado en la cuenta que el Hospital designe para ello, según el compromiso firmado por los 7 contratistas. 2- En los planes de capacitación formal solamente se incluirá el personal de planta que tenga derecho de acuerdo a las normas vigentes.	Cumplimiento= consignación efectuada en la cuenta del Hospital por valor de \$ 12.075.000	100% del valor recibido	SUBDIRECCION CIENTIFICA, EDUCACION MEDICA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Ivet Pernet	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100%	100	Mediante reunión se les informo al personal contratista la necesidad de reintegrar el valor de la especialización, A la fecha de seguimiento se ha recaudado la suma de \$ 12.075.000 correspondiente a los (7) contratistas. En los planes de capacitación no se incluyen contratistas. SE ADJUNTAN SOPORTES DE LOS PAGOS EFECTUADOS	Se reporta como BENEFICIO DE CONTROL FISCAL cuantificable por la entrega de los soportes de cancelación por parte de cada funcionario por valor de \$1.725.000 para un total de \$12.075.000.	CERRADA
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.9 Una vez revisados todos los soportes de glosa aceptada por falta de soportes asistenciales, se observan 346 glosas generadas por descuento del 25% en cada estudio por falta de lectura de especialista. En su mayoría, corresponden a estudios solicitados y evaluados en el servicio de urgencias, que a su vez son suministrados al paciente una vez se le ha definido la conducta, de acuerdo con la información suministrada por el hospital. La placa no es devuelta a radiología, quedándose sin la lectura del radiólogo por lo que finalmente es glosada la factura. Lo anterior no es acorde con el protocolo ¿prestamos de estudios de imagenología? del proceso Ayudas Diagnosticas, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1. Revisar y/o actualizar e implementar procedimientos de imagenología de atención integral y préstamo de placas, estableciendo puntos de control. 2. Realizar seguimiento mensual por parte del líder del proceso al cumplimiento de los procedimientos establecidos al Out Sourcing.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado 2. Cumplimiento= Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados*100	1. 100% de la acción correctiva 2. 100% de la acción correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, APOYO DIAGNOSTICO	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Carolina Serna	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 0%	100	Se actualizaron los procedimientos PC-AD-ID-01-V2 ATENCION INTEGRAL EN EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS , PC-AD-ID-10-V3 PRESTAMO DE PLACAS fue socializado al personal de imagenes, se elaboraron las listas de chequeo para el seguimiento mensual a partir del mes de febrero de 2012. SE ADJUNTAN PROCEDIMIENTOS SOCIALIZACIONES Y LAS LISTAS DE CHEQUEO	El hospital se encuentra dentro del tiempo establecido para el cumplimiento de las acciones correctivas.	EJECUCION



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.9 Una vez revisados todos los soportes de glosa aceptada por falta de soportes asistenciales, de observan 346 glosas generadas por descuento del 25% en cada estudio por falta de lectura de especialista. En su mayoría, corresponden a estudios solicitados y evaluados en el servicio de urgencias, que a su vez son suministrados al paciente una vez se le ha definido la conducta, de acuerdo con la información suministrada por el hospital. La placa no es devuelta a radiología, quedándose sin la lectura del radiólogo por lo que finalmente es glosada la factura. Lo anterior no es acorde con el protocolo ¿prestamos de estudios de imagenología? del proceso Ayudas Diagnosticas, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1. Revisar y/o actualizar e implementar procedimientos de atención integral y préstamo de placas, estableciendo puntos de control. 2. Realizar seguimiento mensual por parte del líder del proceso al cumplimiento de los procedimientos establecidos al Out Sourcing.	1. Cumplimiento= Procedimiento implementado 2. Cumplimiento= Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados*100	1. 100% de la acción correctiva 2. 100% de la acción correctiva	SUBDIRECCION CIENTIFICA, APOYO DIAGNOSTICO	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dra. Carolina Serna	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100% Cumplimiento= 0%	0	Se actualizaron los procedimientos PC-AD-ID-01-V2 ATENCION INTEGRAL EN EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS , PC-AD-ID-10-V3 PRESTAMO DE PLACAS fue socializado al personal de imagenes, se elaboraron las listas de chequeo para el seguimiento mensual a partir del mes de febrero de 2012. SE ADJUNTAN PROCEDIMIENTOS SOCIALIZACIONES Y LAS LISTAS DE CHEQUEO		
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.10 Se puede verificar por lo expuesto anteriormente, que el Hospital no ha gestionado la recuperación de dineros por siniestros - hurto de dinero, medicamentos y activos a través de la Empresa de Vigilancia al no hacer cumplir las obligaciones pactadas con la empresa de vigilancia privada Búho Seguridad por deficiencias de procedimientos y políticas administrativas, incurriendo en un presunto detrimento fiscal por valor de \$12.627.792. Por lo anterior se incumple lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	1) Revisar y/o implementar un procedimiento para gestionar la recuperacion de dineros por siniestros de todo tipo, incluyendo la identificación de los responsables, para su respectivo cobro.	Cumplimiento= Implementación del procedimiento y socialización	100% de la acción correctiva	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, SUPERVISOR CONTRATO VIGILANCIA	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 90%	90	El Área de Activos Fijos cuenta con el Procedimiento PC-AF-03-V3-Trámite de Activos Fijos Siniestrados, Actualizado en el 2011, con el que se tramita siniestros de activos para reconocimiento con la Aseguradora. Pendiente socialización. Se adjuntan soportes de la recuperación del siniestro por valor de \$ 9.039.840 correspondiente al deducible de la póliza, con respecto al siniestro de medicamentos de agosto de 2010 la aseguradora reconoció \$ 2.537.952, quedando un deducible de \$ 1.030.000 SE ADJUNTA COPIA DEL PROCEDIMIENTO FALTA EL SOPORTE DE LA SOCIALIZACION, SE ADJUNTAN SOPORTES DE LOS DINEROS RECUPERADOS POR HURTOS.		



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE LAS METAS SEGUIMIENTO POR ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.6 EVALUACION DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.2.1 Por lo referido anteriormente, el hospital no adopta plenamente la metodología establecida para la elaboración del documento de Balance Social, lo que refleja debilidades en el seguimiento a los procedimientos. El informe no cuenta con todos los elementos necesarios para cumplir con su finalidad; la evaluación y presentación de los resultados sociales de la gestión del hospital de acuerdo con la participación y nivel de cumplimiento en la ejecución de las políticas públicas formuladas por la Administración Distrital para la solución de las problemáticas identificadas frente a la ejecución de los recursos. Por lo anterior, se incumple la Resolución Reglamentaria 034 de enero 26 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.	1.Describir a todos los actores relacionados con la problemática identificada y la forma de participación para atender el problema social. 2. Ampliar la descripción de las acciones ejecutadas por la entidad y que tienen relación con la política, indicando objetivos generales y específicos, señalando el cambio concreto que se busca en el problema o situación, relacionando otras acciones que desarrolló la entidad para dar operatividad y cumplimiento a las políticas de la Administración. 3. Ampliar el número de metas teniedo en cuenta todas las acciones que el hospital desarrolla en cumplimiento de la política. 4. Establecer el presupuesto asignado y ejecutado, a través de estudio de costos de talento humano, administrativos y demás, del área de epidemiología.	1. Cumplimiento= Presentación del informe de Balance social vigencia 2011 con acciones correctivas implementadas.	Presentar el Balance Social vigencia 2011 aplicando la metodología establecida para tal fin y complementando la información establecida en las acciones correctivas.	PLANEACION	Dr. Jairo Romo	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento =40%	40	Se levanto acta con Epidemiología, donde se socializo la observación de la Contraloría De los compromisos establecidos en el acta ya se realizo capacitación a las lideres de Ufen en julio de 2011 y en el mes de noviembre de 2011, incluyendo nuevos servicios como mantenimiento, laboratorio clínico, farmacia, se diseño una matriz la cual fue entregada a todos los lideres de procesos involucrados en la política pública a trabajar, con el fin de unificar la información y ampliar la descripción de las acciones y metas del Balance Social. Esta observación se puede verificar con el Balance Social que se presentará en la cuenta anual. SE ADJUNTAN DOS ACTAS DE SOCIALIZACION	El hospital cumplió con las acciones correctivas y reportó el Informe del Balance Social conforme a la metodología establecida por la Contraloría de Bogotá.	CERRADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.1 En el desarrollo de la Auditoria se cruzo la información suministrada por la Oficina de mantenimiento y la contratación registrada por la oficina de salud por salud Ocupacional, la cual arroja una diferencia de dos (2) contratos entre si por valor de \$97.422.360 millones, infringe lo normado en el literal 9 en su articulo12 de la Ley 87/93.	1- Conciliacion de los datos de contratos correspondientes al PIGA entre las areas ejecutoras. 2- Hacer seguimiento a la solicitud, elaboracion y ejecucion de los contratos relacionados con el PIGA.	Cumplimiento= Conciliaciones efectuadas entre las areas ejecutoras de los contratos del PIGA/conciliaciones programadas *100 Cumplimiento= Seguimiento a los contratos del PIGA/contratos elaborados del PIGA*100	100% de cumplimiento de la acción. 100% de cumplimiento de la acción.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO, GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez, Jefe Victoria Velasquez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100% Cumplimiento= 100%	100	1- Se cuenta con una matriz donde se relacionan todos los contratos que tienen que ver con el PIGA y carpeta física 2- De acuerdo con la matriz que se maneja se le hace seguimiento a la ejecución de los contratos. SE ADJUNTA MATRIZ DE SEGUIMIENTO SE ADJUNTA POA AÑO 2011 DEL AREA DE GESTION AMBIENTAL	Se verificaron los contratos que el Hospital suscribió para llevar a cabo la Gestión Ambiental de la entidad encontrando la información suministrada igual a la información reportada en el aplicativo SIVICOF	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LAS METAS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.1 En el desarrollo de la Auditoria se cruzo la información suministrada por la Oficina de mantenimiento y la contratación registrada por la oficina de salud por salud Ocupacional, la cual arroja una diferencia de dos (2) contratos entre si por valor de \$97.422.360 millones, infringe lo normado en el literal 9 en su articulo 12 de la Ley 87/93.	1- Conciliacion de los datos de contratos correspondientes al PIGA entre las areas ejecutoras. 2- Hacer seguimiento a la solicitud, elaboracion y ejecucion de los contratos relacionados con el PIGA.	Cumplimiento= Conciliaciones efectuadas entre las areas ejecutoras de los contratos del PIGA/conciliaciones programadas *100 Cumplimiento= Seguimiento a los contratos del PIGA/contratos elaborados del PIGA*100	100% de cumplimiento de la acción. 100% de cumplimiento de la acción.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO, GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez, Jefe Victoria Velasquez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100% Cumplimiento= 100%	100	1- Se cuenta con una matriz donde se relacionan todos los contratos que tienen que ver con el PIGA y carpeta física 2- De acuerdo con la matriz que se maneja se le hace seguimiento a la ejecucion de los contratos. SE ADJUNTA MATRIZ DE SEGUIMIENTO SE ADJUNTA POA AÑO 2011 DEL AREA DE GESTION AMBIENTAL	Se verificaron los contratos que el Hospital suscribió para llevar a cabo la Gestión Ambiental de la entidad encontrando la información suministrada igual a la información reportada en el aplicativo SIVICOF	
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.2 Mediante el contrato No. J355/2010, se realizo la contratación para la impermeabilización de dos tanques de agua de los tres que tenían en su plan de mejoramiento, Por lo tanto la entidad no fue eficiente en la determinación de las precitadas metas, estos hechos pueden ser originados por problemas administrativos en los procesos de planeación y control de resultados por una determinación de parámetros no concordantes con la gestión de la entidad e imposibles de cumplir, lo cual infringe lo normado en la Ley 152 de 1993 y los artículos 1, 2 de la Ley 87 de 1993.	Se realizará la contratación para la impermeabilización del tanque subterráneo de Laboratorio Clínico siguiendo los procesos del manual de contratación institucional.	Cumplimiento= Total metas ejecutadas/total metas programadas*100	100% de cumplimiento de la acción.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 100%	100	Se impermeabilizo el tanque subterráneo de Laboratorio Clínico. SE ADJUNTAN SOPORTES DE LA IMPREMEABILIZACION EL TANQUE SUBTERRANEO	Se verifico esta informacion encontrando que se realizo la impermeabilizacion del tanque de agua ubicado en Laboratorio Clínico	CERRADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.3 Según la orden de trabajo No. 080/2010 de diciembre 22 de 2010, se suministro e instaló ahorradores de agua. En visita realizada el día 24 de marzo a los baños del Hospital con el objeto de verificar el funcionamiento de ese sistema y a su vez corroborar el manejo que se está haciendo a las basuras de acuerdo con lo establecido en el PIGA, se observó: En el reporte que se hace del Estado de funcionamiento del sistema de ahorro de agua se observa que este sistema que lleva en funcionamiento 3 meses, ya presentan mal funcionamiento como se puedo corroborar y dejar registrado en la respectiva acta de visita; En la orden de trabajo en lo referente a obligaciones contratista, ofrece; dos años de garantía, visita de seguimiento de consumo sin costo, a la fecha presentan un deterioro bastante significativo, la verificación se realizo de acuerdo a la siguiente relación: ver cuadro informe Por lo tanto la entidad no fue eficiente en la determinación de las precitadas metas, estos hechos pueden ser originados por problemas administrativos en los procesos de planeación y control de resultados por una determinación de parámetros no concordantes con la gestión de la entidad e imposibles de cumplir, lo cual infringe lo normado en la Ley 152 de 1993 y los artículos 1, 2 de la Ley 87 de 1993.	1)Se asignará una persona del area de mantenimiento para que revise periodicamente las fuentes de agua, si se presentan problemas se solucionaran inmediatamente, haciendo cumplir las garantías establecidas en la orden de trabajo. 2)Se proyectaran metas alcanzables en el PIGA acorde con la dinamica institucional.	Cumplimiento= fuentes de agua funcionando correctamente/total fuentes de agua*100 Cumplimiento=Metas del PIGA cumplidas /Metas del PIGA programadas *100	Cumplimiento cabal del contrato de suministro de ahorradores - 80% de cumplimiento de las metas del PIGA programadas	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 140/140= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se hizo inventario de los ahorradores de agua, de algunos se tomo la decisión de trasladarlo a otras fuentes de agua. Las metas de consumo que se colocaron en el PIGA para el año 2011 se han cumplido. SE ADJUNTAN DOS INFORMES DE INSPECCION A LOS AHORRADORES Y SE ADJUNTA EL POA DEL PROCESO DE GESTION AMBIENTAL QUE SE ENCUENTRA COMO SOPORTE EN EL NUMERAL 3.7.1	Se realizo inspección con el fin de observar el estado de los ahorradores del agua instalados entre enero y febrero de 2010, encontrando que se encuentran 140 ahorradores en buen estado y funcionando correctamente.	CERRADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.3 Según la orden de trabajo No. 080/2010 de diciembre 22 de 2010, se suministro e instaló ahorradores de agua. En visita realizada el día 24 de marzo a los baños del Hospital con el objeto de verificar el funcionamiento de ese sistema y a su vez corroborar el	1)Se asignará una persona del area de mantenimiento para que revise periodicamente las fuentes de agua, si se presentan problemas	Cumplimiento= fuentes de agua funcionando correctamente/total fuentes de agua*100 Cumplimiento=Metas del PIGA cumplidas	Cumplimiento cabal del contrato de suministro de ahorradores - 80% de cumplimiento	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO GESTION	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 140/140= 100% Cumplimiento= 100%	100	Se hizo inventario de los ahorradores de agua, de algunos se tomo la decisión de trasladarlo a otras fuentes de agua. Las metas de consumo que	Se realizo inspeccion con el fin de observar el estado de los ahorradores del agua instalados entre enero y febrero de 2010, encontrando	



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO DE LAS METAS SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
	manejo que se está haciendo a las basuras de acuerdo con lo establecido en el PIGA, se observó: En el reporte que se hace del Estado de funcionamiento del sistema de ahorro de agua se observa que este sistema que lleva en funcionamiento 3 meses, ya presentan mal funcionamiento como se puede corroborar y dejar registrado en la respectiva acta de visita; En la orden de trabajo en lo referente a obligaciones contratista, ofrece; dos años de garantía, visita de seguimiento de consumo sin costo, a la fecha presentan un deterioro bastante significativo, la verificación se realizó de acuerdo a la siguiente relación: ver cuadro informe Por lo tanto la entidad no fue eficiente en la determinación de las precitadas metas, estos hechos pueden ser originados por problemas administrativos en los procesos de planeación y control de resultados por una determinación de parámetros no concordantes con la gestión de la entidad e imposibles de cumplir, lo cual infringe lo normado en la Ley 152 de 1993 y los artículos 1, 2 de la Ley 87 de 1993.	se solucionaran inmediatamente, haciendo cumplir las garantías establecidas en la orden de trabajo. 2)Se proyectaran metas alcanzables en el PIGA acorde con la dinamica institucional.	/Metas del PIGA programadas *100	de las metas del PIGA programadas	AMBIENTAL							se colocaron en el PIGA para el año 2011 se han cumplido. SE ADJUNTAN DOS INFORMES DE INSPECCION A LOS AHORRADORES Y SE ADJUNTA EL POA DEL PROCESO DE GESTION AMBIENTAL QUE SE ENCUENTRA COMO SOPORTE EN EL NUMERAL 3.7.1	que se encuentran 140 ahorradores en buen estado y funcionando correctamente.	
3.7. EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL	3.7.4 Aquí cabe señalar que se encontraron actas de inventarios de los años 2008, 2009 y 2010, donde se relacionan medicamentos vencidos por valor de \$50.726.460 y cuyas cajas aún reposan en el Hospital (ver acta adjunta), sin ninguna gestión notoria sobre la situación. Trasgrediendo lo normado en el Decreto 2676 del 2000 y artículo 6 de la Ley 610 de 2000. Tal como se relaciona en las siguientes actas de comité de inventario Físico, Así: VER CUADRO 51 A 58 INFORME CONTRALORIA Además de los medicamentos relacionados anteriormente, existen otros medicamentos vencidos en farmacia central de acuerdo al acta No. 4 del 23 de abril del 2009 por valor de \$6.551.910. De otra parte existen medicamentos vencidos con posterioridad al inventario realizado en diciembre del 2008 con la siguiente información: Farmacia Central por un valor de \$9.197.785, en farmacia ambulatoria por un valor de \$206.819 y en farmacia salas de cirugía por \$446.777 para un subtotal de \$9.901.381.	1- Actualizar y socializar el procedimiento PC- FX-02-V3 Recepcionar y Almacenar los insumos en el servicio farmaceutico, incluyendo puntos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos. 2.Cumplir con lo estipulado en la resolucion 01 del 2001 y en los procesos internos, en lo relacionado con el destino final de los insumos vencidos, dentro del marco de oportunidad y eficacia. Proceder a efectuar la destruccion final de los medicamentos medicamentos, previa autorizacion del comite de inventarios.	Cumplimiento= procedimiento actualizado y socializado Cumplimiento= Medicamentos e insumos destruidos/medicamentos e insumos a destruir una vez apruebe el Comité *100	100% de cumplimiento de la acción 100% de medicamento s e insumos destruidos oportunamente	SUBDIRECCION CIENTIFICA, SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, ALMACEN, FARMACIA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dr. Saen Puentes, Dr. Miguel Cortes, Esther Pilar Huertas	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100% Cumplimiento=100	100	Se actualizo y socializo el procedimiento PC-GI-FX-02-V4 RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS INSUMOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO. Se realizo Comité de Inventarios y se dio la autorización para la destrucción de medicamentos vencidos. COPIA ACTA DESTRUCCION DE MEDICAMENTOS	Se verifico la actualización de los procedimientos, en donde se observa que el Hospital tome correctivos para evitar el vencimiento de los medicamentos, se verifico copias del acta de destrucción de medicamentos, el hospital implemento nuevas acciones para lograr cumplir con los parámetros necesarios según la resolución en cuanto a la disposición y tratamiento final de medicamentos.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PROCESO EN LOS RESULTADOS SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.4 Aquí cabe señalar que se encontraron actas de inventarios de los años 2008, 2009 y 2010, donde se relacionan medicamentos vencidos por valor de \$50.726.460 y cuyas cajas aún reposan en el Hospital (ver acta adjunta), sin ninguna gestión notoria sobre la situación. Trasgrediendo lo normado en el Decreto 2676 del 2000 y artículo 6 de la Ley 610 de 2000. Tal como se relaciona en las siguientes actas de comité de inventario Físico, Así: VER CUADRO 51 A 58 INFORME CONTRALORIA Además de los medicamentos relacionados anteriormente, existen otros medicamentos vencidos en farmacia central de acuerdo al acta No. 4 del 23 de abril del 2009 por valor de \$6.551.910. De otra parte existen medicamentos vencidos con posterioridad al inventario realizado en diciembre del 2008 con la siguiente información: Farmacia Central por un valor de \$9.197.785, en farmacia ambulatoria por un valor de \$206.819 y en farmacia salas de cirugía por \$446.777 para un subtotal de \$9.901.381.	1- Actualizar y socializar el procedimiento PC- FX-02-V3 Recepcionar y Almacenar los insumos en el servicio farmaceutico, incluyendo puntos de control para evitar el vencimiento de los medicamentos. 2.Cumplir con lo estipulado en la resolucion 01 del 2001 y en los procesos internos, en lo relacionado con el destino final de los insumos vencidos, dentro del marco de oportunidad y eficacia. Proceder a efectuar la destruccion final de los medicamentos autorizacion del comite de inventarios.	Cumplimiento= procedimiento actualizado y socializado Medicamentos e insumos destruidos/medicamentos e insumos a destruir una vez apruebe el Comité *100	100% de cumplimiento de la acción 100% de medicamento s e insumos destruidos oportunamente	SUBDIRECCION CIENTIFICA, SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, ALMACEN, FARMACIA	Dr. Jose Ernesto Paramo, Dr. Saen Puentes, Dr. Miguel Cortes, Esther Pilar Huertas	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100% Cumplimiento=100	100	Se actualizo y socializo el procedimiento PC-GI-FX-02-V4 RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS INSUMOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO. Se realizo Comité de Inventarios y se dio la autorización para la destrucción de medicamentos vencidos. COPIA ACTA DESTRUCCION DE MEDICAMENTOS	Se verificó la actualización de los procedimientos, en donde se observa que el Hospital tome correctivos para evitar el vencimiento de los medicamentos, se verifico copias del acta de destrucción de medicamentos, el hospital implemento nuevas acciones para lograr cumplir con los parámetros necesarios segun la resolución en cuanto a la disposición y tratamiento final de medicamentos.	
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.5 Se pudo evidenciar que el proceso de manejo de las basuras no cumple a cabalidad con el objetivo de clasificación de basuras y mejoramiento de la calidad del medio ambiente. En recorridos realizados por las diferentes dependencias del Hospital, en horas laborables, se pudo constatar, según relación fotográfica adjunta, que hay deficiencias en el manejo y disposición adecuados y oportunos de los desperdicios, presentándose en varios casos, acumulación de basuras que son objeto de inadecuada utilización y causan malos olores, afectando el entorno y pésima presentación, generando además, contaminación visual. Como resultado de la auditoria, sobre manejo de basuras, se determinaron los siguientes hallazgos, los cuales fueron planteados a la administración según actas anexas:	1)Realizar capacitaciones relacionadas con el Manejo de Residuos Hospitalarios tanto al personal de Servicios Generales 2) Realizar inspecciones mensuales con lista de chequeo por parte del Ingeniero Ambiental formulando informe de las observaciones encontradas	Cumplimiento= No. de personas de servicios generales capacitado en Manejo de Residuos Hospitalarios/No. de personas de Servicios Generales del Hospital* 100	Capacitar como minimo al 80% del personal de Servicios Generales del Hospital	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, MANTENIMIENTO GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento= 42/57=74%	92,5	Se han realizado capacitaciones al personal de servicios generales de la parte asistencial . A partir de abril de 2011, se han realizado las inspecciones mensuales, el informe es entregado al Gestor Ambiental con copia al lider del area donde se presente las falencias . SE ADJUNTA RELACION QUE CONTIENE EL CONSOLIDADO DE CAPACITACIONES, LOS ORIGINALES	Se verificaron los registros de capacitaciones relacionadas con el PIGA y sobre manejo de residuos hospitalarios al personal que labora en la entidad igualmente a los estudiantes que tiene el Hospital. Igualmente se verifico la actualización de los PGIHR sobre la disposición manejo y transporte de las basuras desde su origen hasta el cuarto de almacenamiento central, encontrando que se realizan las visitas necesarias para evaluar la segregación de residuos en la fuente.	CERRADA



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE PROCESOS DE LOS RESULTADOS DE SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.6 Se practicó Auditoria Gubernamental Modalidad Regular Área Ambiental Manipulación de Alimentos con los hallazgos administrativos relacionados en el acta y el material fotográfico adjuntos y que se pueden resumir de la siguiente manera: VER INFORME DE AUDITORIA De las visitas realizadas por el equipo auditor se observó inadecuadas condiciones higiénico ambientales, presumiéndose el incumplimiento de los requerimientos mínimos establecidos por la Ley 9 de 1979 Código Sanitario Nacional, artículos 14, 15, 38, 39 del Decreto 3075 de 1997, y los artículos 13, 14, 16 y 78 de la Resolución 2905 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, por parte del área de cocina del Hospital santa Clara III NA. Lo mencionado anteriormente se puede evidenciar en las siguientes fotos Numero 1 al 16 donde se aprecia en la primera columna las imágenes antes de la visita el estado de los utensilios de la cocina y en la columna siguiente se puede corroborar la intervención realizada en esta área:	1. Realizar seguimiento a la realización semestral de análisis microbiológico en el área de alimentos. 2. Realizar seguimiento al cumplimiento por parte del Jefe de Salud Ocupacional de los requerimientos en la realización de exámenes médicos y de laboratorio exigidos y a la dotación según normas vigentes. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento por parte del líder del proceso Gestión de Mejora Hotelera a los requerimientos en manipulación y almacenamiento de alimentos. 4. Realizar seguimiento al cumplimiento por parte del líder del proceso Gestión de Mantenimiento a los requerimientos en infraestructura y enseres.	1. Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados x 100 2. Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados x 100 3. Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados x 100 4. Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados x 100	100% de seguimientos realizados	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA MANTENIMIENTO APOYO TERAPEUTICO	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernán Gómez, Dra Carolina Serna	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Indicador= 1/1=100% Indicador=100% Indicador=100% Indicador=83%	96	1. Se contrato con ASBIOQUIM a partir de septiembre/11, para la realización de los análisis microbiológicos (Se programó uno para el segundo semestre y se realizó) . 2. Se realizaron los exámenes, se ha hecho entrega de los elementos de protección en el 2010 y 2011. 3. Se realizó la capacitación del personal de planta y de los contratistas para la manipulación y almacenamiento de alimentos. 4. De (6) actividades ya se solucionaron (5), quedando pendiente la adecuación de los puestos de trabajo; situación que no se ha podido solucionar por falta de espacios físicos dentro del área. Igualmente se cuenta con el concepto favorable por parte del Hospital Rafael Uribe Uribe SE ADJUNTA RESULTADOS DE LOS ANALISIS MICROBIOLÓGICOS LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES MEDICOS REPOSAN EN EL AREA DE SALUD OCUPACIONAL. SE ADJUNTA SOPORTE DE ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION. SE ADJUNTAN SEIS (6) ACTAS DE SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES.	Realizando la verificación de las acciones propuestas por la entidad se constata que el Hospital cumplió con la realización de los análisis físico químicos y análisis microbiológicos tanto del área de cocina como al personal que labora como a los alimentos que en este espacio se preparan. Igualmente se verifico que el personal que trabaja en el área de cocina cuenta con la actualización sobre higiene y manipulación de alimentos. Igualmente se observo el acta de visita que realizo el Hospital Rafael Uribe Uribe quien le da concepto favorable para el funcionamiento del Servicio de Alimentos.	CERRADA
3.7 EVALUACION DE GESTION AMBIENTAL	3.7.7 Se practicó Auditoria Gubernamental Modalidad Regular Área Ambiental en los baños y pasillos con los hallazgos administrativos relacionados en el acta y el material fotográfico adjuntos donde se puede evidenciar la falta de calidad en el manejo de las basuras y los riesgos biológicos y mecánicos por la deposición de elementos contaminados en las canecas de basura cuando realmente el deber ser en los guardianes, lo anterior se puede evidenciar en las imágenes fotográficas números 17, 18, 19 y 20. Además al no destruir las cajas de los medicamentos se puede presentar el mal uso de estos elementos por personas dedicadas al tráfico de medicamentos, incumplimiento los requerimientos mínimos establecidos por la Ley 9 de 1979 Código Sanitario Nacional y artículos 2, 4 y 8 de la Ley 87 de 1993.	1) Realizar capacitaciones relacionadas con el Manejo de Residuos Hospitalarios al personal de enfermería y personal de servicios generales 2) Realizar inspecciones mensuales con lista de chequeo por parte del Ingeniero Ambiental formulando informe de las observaciones encontradas	Cumplimiento = No. de personas capacitadas de enfermería y servicios generales en Manejo de Residuos Hospitalarios / No. de personas de enfermería y servicios generales * 100	Capacitar como mínimo al 80% del personal del Hospital	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA MANTENIMIENTO GESTION AMBIENTAL	Dr. Saen Puentes, Ing. Hernan Gómez	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=337/519 =65%	81	Se han realizado capacitaciones al personal de servicios generales de la parte asistencial. A partir de abril de 2011, se han realizado las inspecciones mensuales, el informe es entregado al Gestor Ambiental con copia al líder del área donde se presente las falencias. SE ADJUNTAN SOPORTES DE SOCIALIZACION QUE SE ENCUENTRAN EN EL NUMERAL 3.7.5	Se verificaron los registros de capacitaciones relacionadas con el PIGA y sobre manejo de residuos hospitalarios al personal que labora en la entidad igualmente a los estudiantes que tiene el Hospital. Igualmente se verifico la actualización de los PGIHR sobre la disposición manejo y transporte de las basuras desde su origen hasta el cuarto de almacenamiento central, encontrando que se realizan las visitas necesarias para evaluar la segregación de residuos en la fuente.	CERRADA



**CONTRALORÍA**  
DE BOGOTÁ, D.C.

CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRUPO DE AVANCE PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PLAN DE ACCION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
3.8 ACCIONES CIUDADANAS	3.8.1 El Hospital Santa Clara no cuenta con Asociación de usuarios constituida, como se puede verificar mediante información remitida a la contraloría por oficio OAU-0063-11, Con lo anterior no se garantiza los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos. Incumpliendo lo normado en el con literal 5 del Art. 11, del Acuerdo Distrital No 13 de 1997 que transformó al Hospital en ESE., Decreto Distrital 530 de 2010, Art. 4 y 12. El deber de coordinación Art. 209 de la Constitución. Art. 6 de la ley 489 de 1998, Ley 734 de 2002 Art 34 parágrafo 39.	Conformar una Alianza o Asociación de Usuarios afiliados al régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con derecho a utilizar los servicios de salud y que velaran por la calidad del servicio y la defensa del usuario.	Cumplimiento= Asociación de usuarios conformada	100% Asociación de usuarios conformada	ATENCIÓN AL USUARIO	Ing. Martha Delgadillo	N/A	15/06/2011	14/06/2012	Cumplimiento=100%	100	A partir de agosto 20 de 2011 se conformo la Asociación de Usuarios SOPORTES DE APOYO A CREACION DE LA ASOCIACION DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL NUMERAL 3.8.1 DE 2009	Se conformó la Asociación de Usuarios del hospital, la cual realiza reuniones para establecer los estatutos.	EJECUCION