

INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR

HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN ESE
PERÍODO AUDITADO VIGENCIA 2011

PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2012
CICLO: III

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

DICIEMBRE DE 2012

AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN ESE

Contralor de Bogotá	Diego Ardila Medina
Contralor Auxiliar	Ligia Inés Botero Mejía
Director Sectorial	Juan Pablo Contreras Lizarazo
Subdirector Fiscalización Salud	Gabriel Enrique Barreto González
Asesora	Diana Gisella Gómez Pérez Erika Maritza Peña Hidalgo
Equipo de Auditoría	Fabio A. Hernández Rojas (Líder) Carlos Alfonso Otavo Hurtado William Iván Molina Ovalle Edna Patricia Sinisterra Bonilla Liza Paola Conto Muñoz Roberto Jiménez Rodríguez

CONTENIDO

	Pág.
1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	4
2. ANÁLISIS SECTORIAL	14
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	30
3.1. Seguimiento al Plan de Mejoramiento	30
3.2. Evaluación Sistema de Control Interno	30
3.3. Evaluación Estados Contables	40
3.4. Evaluación Presupuesto	49
3.5. Evaluación a la Contratación	56
3.6. Evaluación Plan de Desarrollo y Balance Social	68
3.6.1. Evaluación Plan de Desarrollo	68
3.6.2. Evaluación Balance Social	72
3.7. Evaluación de la Gestión Ambiental	75
3.8. Evaluación Acciones Ciudadanas	87
3.9. Seguimiento Controles de Advertencia y Pronunciamientos	89
3.10. Concepto sobre Rendición de Cuenta	90
4. Anexos	91
4.1. Hallazgos detectados y comunicados	92
5. Seguimiento Plan de Mejoramiento	93



1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Dr. RICARDO ALARCÓN GUTIERREZ
Presidente Junta Directiva
Dr. JAIME GUILLERMO DIAZ CHABUR
Gerente
Hospital San Blas II Nivel de Atención ESE
Ciudad

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral modalidad regular, al Hospital San Blas II Nivel ESE a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2011, y el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011; cifras que fueron comparadas con las de la vigencia anterior, 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 al 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. Esta responsabilidad incluye: diseñar, implementar y mantener un sistema de control interno adecuado para el cumplimiento de la misión institucional y para la preparación y presentación de los estados contables, libres de errores significativos, bien sea por fraude o error; seleccionar y aplicar las políticas contables apropiadas; así como, efectuar las estimaciones contables que resulten razonables en las circunstancias. 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 Financieros.

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría 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 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.	80	3	2.40
	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.	85	4	3.40
	3. Nivel de cumplimiento presupuestal por proyectos de inversión y metas. De acuerdo a lo programado para la vigencia en estudio.	50	5	2.50
	4. Nivel de cumplimiento físico de las metas de los proyectos de inversión. De acuerdo a lo programado en la vigencia en estudio.	50	5	2.50
	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.	60	3	1.80
SUBTOTAL			20	12.60
BALANCE SOCIAL	1. Cumplimiento de la metodología vigente para presentación del Balance Social en forma y contenido.	60	3	1.8
	2. Identificación clara y concreta de cada uno de los problemas sociales presentados con sus causas y efectos.	60	4	2.4
	3. Establecimiento de los instrumentos formulados para la atención de los problemas sociales.	40	3	1.2
	4. Identificación de las unidades de focalización en	40	3	1.2

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	población u otras unidades de medida.			
	5. Determinación de la población o unidades de medida atendidas en la vigencia.	90	3	2.7
	6. Determinación de la población u otras unidades de medida sin atender en la vigencia.	40	3	1.2
	7. Establecimiento de los cambios en los problemas sociales.	50	3	1.5
	8. Diagnostico del problema al final de la vigencia.	40	3	1.2
SUBTOTAL			25	13.20
CONTRATACION	1. Cumplimiento de las etapas pre-contractual, contractual y post-contractual.	60	9	5.40
	2. Cumplimiento de las normas, principios y procedimientos contractuales.	60	6	3.00
	3. Relación de la contratación con el objeto misional.	80	2	1.60
	4. Informes y labores de interventoría y supervisión.	40	3	1.50
SUBTOTAL			20	11.90
PRESUPUESTO	1. Cierre presupuestal.	90	2	1.80
	2. Modificaciones presupuestales presentadas, tales como: créditos, contra créditos, suspensiones, adiciones, etc.	60	2	1.20
	3. Cumplimiento normativo en la ejecución de presupuesto de gastos e inversión.	40	3	1.20
	4. Análisis a las autorizaciones de giro.	98	2	1.96
	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.	90	2	1.80
	6. Planeación del sujeto de control para la ejecución del presupuesto.	50	3	1.50
	7. Grado de cumplimiento y análisis de resultados del PMR.	40	1	0.40
	8. Análisis del portafolio de inversiones.	NA	NA	NA
	9. Manejo de la deuda.	NA	NA	NA
SUBTOTAL			15	9.86
GESTION AMBIENTAL	1. Cumplimiento de Proyectos del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental – PACA en el marco del Plan de Gestión Ambiental Distrital – PIGA.	80	5	4.00
	2. Cumplimiento de Planes Institucionales de Gestión Ambiental – PIGA.	82	5	4.10
SUBTOTAL			10	8.10
CONTROL INTERNO	1. Evaluación y cumplimiento del MECI.	66	2,5	1.65
	2. Evaluación y cumplimiento del SGC.	66	2,5	1.65
	3. Revisión y análisis al informe de control interno del sujeto de control.	76	2,5	1.90
	4. Cumplimiento al Plan de Mejoramiento.	85	2,5	2.05
SUBTOTAL			10	7.25
TOTAL			100	62.91

MATRIZ METODOLOGÍA EVALUACIÓN GESTIÓN Y RESULTADOS – GENERAL

VARIABLE	PORCENTAJE
Plan de Desarrollo y/o	12.60

Plan Estratégico	
Balance Social	13.20
Contratación	11.90
Presupuesto	9.86
Gestión Ambiental	8.10
Sistema de Control Interno	7.25
SUMATORIA	62.91

Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

Como resultado de la 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:

En la evaluación del Sistema de Control Interno ; se presentan deficiencias que afectan la gestión y el buen funcionamiento de la entidad, relacionadas con los archivos de gestión de las dependencias, los cuales no se encuentran identificados con el código y serie documental de acuerdo a las Tablas de Retención Documental (TRD); de otra parte hay series documentales que corresponden a informes de gestión e informes a organismos de control que se encuentran clasificados como archivos en la TRD y no se están produciendo.

Comité Coordinador de Control Interno, en la vigencia 2011 se reunió cuatro veces y no como lo estipula la norma "El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999", El Comité de Control Interno es la instancia superior para impulsar el control interno en las entidades públicas.

Sistema Gestión de la Calidad, para las auditorias programadas, hace falta el auditor médico (PAMEC); las auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, no se han ejecutado como lo exige el lineamiento; no se tiene un plan de mejoramiento proveniente de auditorias medicas por consiguiente no se evidencia acciones de mejora, por tal motivo se esta incumpliendo con lo planeado y lo establecido en el Artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio

de la Protección Social y la Resolución 1043 de 2006, es obligación cumplir con las auditorias para la acreditación.

Presupuesto, el Hospital San Blas en el año 2011 tiene ingresos por valor de \$35.840.027.072 sin embargo compromete recursos por valor de \$44.167.045.783, originando un desequilibrio presupuestal y comprometiendo dineros sin tener un respaldo real en cuantía de \$8.327.018.711, contraviniendo lo expresado en el artículo 30 del Decreto Distrital 195 de 2007.

En lo concerniente a los recursos de capital, los ingresos por rendimientos de operaciones financieras se encuentran sobrevaluados, situación originada en los convenios con el Fondo de Desarrollo Local de San Cristóbal, que para el año 2011, recibió intereses en la cuenta de ahorros 008400671296 la suma de \$563.625,28 y lo mismo sucede con la cuenta de ahorros 008400673656 por valor de \$974.344,82, lo cual contraviene lo dispuesto en el artículo 51 del Decreto Distrital 195 de 2007.

El Manual de Contratación (Acuerdo No. 03 de 2003, de la junta directiva del Hospital San Blas) es muy general y ambiguo, deja sin mencionar temas tan importantes como son los estudios previos, términos de referencia o pliegos de condiciones.

En el mismo no se indica que se deban realizar estudios económicos, jurídicos, ni de factibilidad por parte de la administración del Hospital, puesto que, contratan con firmas que no tienen experiencia, ni capacidad económica, para desarrollar los objetos contratados por el hospital.

Se observó que en el documento de la invitación a cotizar, la administración no realiza estudios económicos técnicos juiciosos y acertados, para establecer cuál sería el costo que invertiría, para la ejecución de los objetos contractuales, dejando que el proveedor sugiera el valor y la administración se adhiera al mismo

No se indica que, para la contratación celebrada en una cuantía que no supera los 100 SMLMV, (\$53.500.000), se deba amparar con pólizas de garantía, con esto dejando en gran riesgo al hospital, puesto que, si no establece unos parámetros claros precisos y concretos en la celebración de los negocios jurídicos, y con ellos su aseguramiento, se estaría descuidando los recursos invertidos en las actividades contratadas.

Algunas de estas anomalías se reflejan en los siguientes hechos:

Contratos Nos. 834 y 835 de 2001, con la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO FUNFOSOIN”.

El Hospital San Blas II Nivel de Atención, suscribió el 26 de mayo de 2011, los contratos No. 834, cuyo objeto consistió en la *“Prestación del servicio integral para la atención terapéutica, desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la violencia y seguimiento a casos, para el Hospital San Blas II Nivel E.S.E.”*, por la suma de \$369.0 millones de pesos y el contrato 835 de 2011, para la *“Prestación del servicio integral para desarrollar competencias de comunicación, formar docentes, padres de familia, niños, niñas y adolescentes e internos e internas de la cárcel distrital, para el HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.”*, por \$515.7 millones de pesos.

Mediante Resoluciones No. 00125 y 00126 del 10 de mayo de 2011, emanadas de la gerencia del Hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E., resuelve adjudicar los objetos contractuales antes mencionados a la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO.

La administración del Hospital contrató al único oferente que se presentó a las invitaciones pública, debiendo no celebrar con este, sino, que debería haber enviado solicitud de invitación a por lo menos tres oferentes y con ello garantizar los principios de transparencia y selección objetiva de los contratistas, así mismo, no revisó el certificado de Cámara de Comercio, que presenta la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO, puesto que, este señala que no tiene capacidad económica para contratar por las cuantías establecidas en el contrato, corriendo un riesgo en la ejecución del mismo.

No existió una acertada supervisión, ya que, no se encontró en la carpeta del contrato todos los informes detallados que soporten la ejecución y la liquidación del mismo.

Contratos 883 y 884 de 2001, con el señor ALEXANDER GARCIA OROZCO.

El Hospital San Blas II Nivel de Atención, suscribió los contratos No. 884 del 21 de junio de 2011, cuyo objeto consistió en la *“Prestación del servicio integral para la atención de personas con discapacidad y mujeres gestantes y /o lactantes para mejorar las condiciones nutricionales y promover su inclusión social, para el hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E.”*, por la suma de \$160.0 millones de pesos y No. 883 del 21 de junio del 2011, con el objeto de *“Compra de canastas complementarias de alimentos y promoción del componente de inclusión social, para el Hospital San Blas II Nivel E.S.E.”*, por cuantía de \$486.9.millones de pesos

La administración cambio los objetos contractuales revelando un favorecimiento a un solo contratista la firma COMERCADEO BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS ESPECIALIZADOS, siendo este el único oferente que se presentó a la invitación pública, debiendo no celebrar con este, sino, haber enviado solicitud de invitación a por lo menos tres oferentes y con ello, garantizar los principios de transparencia y selección objetiva de los contratistas.

Contratos Nos. 0023 y 1064 de 2011, ZUR INVERSIONES & CIA EN C.

El Hospital SAN BLAS II NIVEL ESE, suscribió los contratos No. 0023 y 1064 de 2011, cuyo objeto consistió en la *“Prestación del servicio de lavado, desinfección secado, planchado, empaque, recolección, distribución, confección, remiendo y transporte de ropa hospitalaria y quirúrgica y el alquiler de prendas de uso hospitalario”*, por la suma de \$260.0 y \$120.millones de pesos respectivamente.

No se observó que en el documento de la invitación a cotizarse se realizara por parte de la administración un estudio económico técnico juicioso y acertado, para establecer cuál sería el costo que invertiría el Hospital para la ejecución del contrato, dejando que el proveedor proyecte el valor del objeto contractual y la administración se adhiera al mismo, sin entrar a cuestionar precios de mercado, igualmente, se contrató al único oferente que se presentó a las invitaciones pública, debiendo no celebrar con este, sino, que debería haber enviado solicitud de invitación a por lo menos tres oferentes.

Se evidenció una inadecuada labor en la supervisión de los contratos seleccionados, hecho que se debe a que una sola persona es supervisor de 10, 30, 40, 50 y hasta más de 100 contratos, es el caso del señor Mauricio José Triviño Paris con la supervisión de 1.754 contratos y José Alberto Romero, con 810 contratos.

Plan de Desarrollo, en general la gestión del hospital San Blas II Nivel ESE para la vigencia 2011 disminuyo ostensiblemente la demanda en cuanto a consulta de especialidades y consulta externa, de los 8 objetivos planteados para medir la producción hospitalaria de la institución, 5 de ellos no superaron la línea base, lo que permite observar que la gestión en la producción hospitalaria no es la más óptima, si bien es cierto que la modificación a la normatividad aplicable ha generado inconvenientes al sistema de salud, también lo es que no se evidencia la existencia de una política de mercadeo efectiva, lo cual pone en evidente riesgo mantener un grado de sostenibilidad financiera de la ESE, sin afectar los resultados de la rentabilidad social que debe garantizar toda IPS pública.

Existen deficiencias en la planeación y gestión de los proyectos, evidenciadas en la falta de celeridad en los procesos de asignación presupuestal, gestión administrativa y contratación de los mismos.

Gestión Ambiental, se enfoco en actividades relacionadas con la promoción, sensibilización y desarrollo de programas de capacitación al personal administrativo, asistencial y usuarios del hospital. Se verificaron los reportes del avance del PIGA remitido por la entidad a la Secretaria Distrital de Ambiente, en donde estos registro muestran los resultados, el cual concuerda con la calificación ponderada de 82,5% siendo eficiente en la ejecución de sus programas. Sin embargo se hace necesario que se realice mayor seguimiento y verificación en las metas propuesta en especialmente con los que tiene que ver con el consumo de energía, agua, y la segregación de los residuos sólidos, se evidencia falencias en estos aspectos ambientales, los cuales generan impacto ambiental negativo al Distrito Capital.

Concepto revisión de la cuenta

Revisada la cuenta de la vigencia 2011 presentada por el Hospital San Blas II Nivel ESE, a través del SIVICOF, se ajusta a los parámetros y requerimientos establecidos en la Resolución No. 034 del 21 de diciembre de 2009 *"Por medio de la cual se prescriben los métodos y establece la forma, términos y procedimientos para la rendición de la cuenta y la presentación de informes, se reglamenta su revisión y se unifica la información que se presenta a la Contraloría de Bogotá D.C.; y se dictan otras disposiciones"*,.

Opinión sobre los Estados Contables

El saldo registrado en la cuenta 1110 Bancos y Corporaciones por valor de \$763.343.605,23 no es real, se encuentra sobrevalorada en cuantía de \$1.537.970,10, lo cual ocasiona que la cuenta no sea razonable.

La cuenta 1409 Servicios de Salud (\$10.803.755.240) y la cuenta 1475 Deudas de Difícil Cobro (\$3.458.395.354), ascienden a \$14.262.150.594, incluyen cuentas que no han sido aclaradas con la administración de las EPS, IPS y otras entidades pagadoras, presentan glosas o no están conciliadas, las entidades al realizar el reembolso no reportan que facturas son las que se pagan, es de anotar que las deudas de difícil cobro no están totalmente protegidas o provisionadas. Lo cual ocasiona una incertidumbre. Adicionalmente esta cuenta no es razonable.

En cuanto al resultado del ejercicio la situación de la entidad ha sido deficitaria, al tener en el ejercicio auditado pérdida de \$5.177.464.429, que comparado con el del periodo anterior (\$902.487.598) se incremento en \$4.274.976.831.

El control interno contable no es confiable por las inconsistencias presentadas en la cuenta bancos ocasionando que esta se encuentra sobrevalorada, la cuenta deudores incluyen cuentas que no han sido aclaradas con la administración de los diferentes entes pagadores, presentan glosas o no están conciliadas.

Con lo anteriormente expuesto se denota la falta de control, evaluación, confrontación y seguimiento a los registros efectuados en estas cuentas, afectando la confiabilidad, veracidad y consistencia de las cifras contables, por lo cual se presenta una trasgresión a los Objetivos de la Información Contable Pública, Características Cualitativas de la Información Contable Pública, Principios de Contabilidad Pública y Normas Técnicas de Contabilidad Pública del Plan General de Contabilidad Pública adoptados mediante Resolución 355 de 2007 emanada de la Contaduría General de la Nación.

En mi opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables del Hospital de San Blas Nivel II ESE, presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2011, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y prescritas por la Contaduría General de la Nación.

Concepto Sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, el desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno –MECI con mediano riesgo y la opinión con salvedades sobre la razonabilidad expresada de los estados contables, la cuenta rendida por el Hospital San Blas II Nivel ESE, correspondiente a la vigencia 2011, **se fenece**.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 1 se establecieron 25 hallazgos administrativos, de los cuales 6 tienen incidencia disciplinaria que serán trasladados a la Personería de Bogotá y 2 fiscales en cuantía de \$5.695.575 que serán trasladados a la Dirección de Responsabilidad Fiscal.

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.

Igualmente, en el plan de mejoramiento consolidado a presentar se retirarán las acciones cerradas, se mantendrán las que se encuentran abiertas. Estas tendrán un plazo máximo de implementación de 60 días.

Bogotá D. C. Diciembre de 2012



JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
Director Sector Salud e Integración Social

2. ANALISIS SECTORIAL

SITUACIÓN FINANCIERA HOSPITALES PÚBLICOS DE LA RED DISTRITAL

2.1 ANTECEDENTES

Con la Ley 100 de 1993 los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado, constituidos como entes descentralizados con autonomía financiera y patrimonio propio¹. Ello trajo consigo un cambio en el paradigma de la financiación de estas entidades, ya que se pasó a subsidiar la demanda en vez de subsidiar la oferta, situación que conllevó la disminución de las transferencias de la nación de manera directa y los hospitales públicos debieron salir a un mercado competido y se vieron obligados a facturar por los servicios prestados².

La normatividad introdujo mecanismos para transformar la estructura de financiamiento y gestión de los hospitales públicos y asegurar la permanencia de aquellos que fueran eficientes en proveer servicios de calidad. Esto se buscó a través de: a) la sustitución gradual del financiamiento pasando del presupuesto estatal (subsidios a la oferta), a la generación de ingresos a través de la venta servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la demanda que financian el seguro de salud a la población pobre); b) la autogestión; y c) la apertura a la competencia con el sector privado.

En esa lógica, entre otros objetivos a las Empresas Sociales del Estado se les otorga *“Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer; Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social; y Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado”*.

¹ Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. Artículo 1º Decreto 1876 de 1994.

² López López Iván Darío et al. “Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. Una contribución al Sistema de Seguridad Social en Colombia”. En Revista Innovar. Vol. 16 No. 27 Enero a Junio de 2006.

No obstante estos propósitos, a 20 años de la conformación del Sistema de Seguridad Social en Salud vigente, la situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó.

Ante el recurrente panorama de crisis financiera de los hospitales públicos, en el plano nacional y desde el año 1999 se ha venido desarrollando el proyecto de mejoramiento, fortalecimiento y ajuste de la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria que tiene como propósito mejorar la estructura de costos y aumentar la productividad de las instituciones de salud³.

Posteriormente y en esta misma línea se expidió el Documento Conpes 3204 de noviembre de 2002 “Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos” y el Documento Conpes 3447 de 30 de octubre de 2006 “Estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública: enfoque de cartera”.

El desarrollo más reciente lo trae la Ley 1438 de 2011 que en el artículo 69 del Capítulo III señala que el Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención. El artículo 81 de la misma ley refiere que con base en la categorización del riesgo de los hospitales, éstos deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero cuando se encuentren en riesgo alto o medio.

Estos programas de fortalecimiento se caracterizan por que incluyen premios y castigos; se ofrecen retribuciones, préstamos y ayudas a los hospitales que demuestren mejores indicadores y gestión, en tanto a los que registren en sus indicadores una situación crítica se les amenaza con incluirlos en programas de saneamiento e incluso con su intervención y liquidación.

Adicionalmente, en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2001 se estableció al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de determinar y comunicar anualmente a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud,

³ spi.dnp.gov.co/App_Themes/SeguimientoProyectos/ResumenEjecutivo/1016001650000.pdf

el riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, las que atendiendo a su situación financiera, se clasificarán de acuerdo con la reglamentación que le compete expedir a este Ministerio, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud. En desarrollo de esta disposición el ministerio expide la Resolución 2509 de agosto de 2012, por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.

Es así como se categorizaron 968 ESE, que dio como resultado que sólo un poco más de la tercera parte no presentan riesgo en su gestión financiera (el 34.92%), por lo que el 65.08% de ellas presenta algún tipo de riesgo asociado con su administración financiera. Con riesgo alto hay 296 hospitales públicos. En otras palabras: el 30.58%, casi una tercera parte de ellos acusan fuerte deterioro de la situación financiera y 9.75% presenta riesgo medio. Es decir: 40.33% de las ESE deberán sanear sus finanzas para garantizar su supervivencia institucional, so pena de entrar en alguna figura jurídica de permanencia en el sistema o de estar incurso en un proceso de disolución y posterior liquidación⁴.

En el caso de Bogotá, las 22 ESE quedaron categorizadas de la siguiente manera:

Sin riesgo	1 ESE (El Tunal)
Riesgo bajo	7 ESE (Hospitales Kennedy, Santa Clara, Vista Hermosa, San Cristóbal, Nazareth, Pablo VI Bosa, Tunjuelito)
Riesgo medio	7 ESE (Hospitales Bosa, Chapinero, Usaquén, La Victoria, Suba, Fontibón y Rafael Uribe Uribe)
Riesgo alto	7 ESE (Hospitales Centro Oriente, Usme, Del Sur, Simón Bolívar, Engativá, Meissen y San Blas).

2.2 ANÁLISIS SITUACIÓN FINANCIERA HOSPITALES RED PÚBLICA BOGOTÁ

En Bogotá, el proceso de transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado se lleva a cabo desde finales de 1997⁵, con el objetivo de adaptarse al nuevo marco legal, mejorar su competitividad, elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios, obtener el equilibrio entre la rentabilidad social y financiera y garantizar la supervivencia en el mercado.

⁴Periódico El Pulso. Medellín. AÑO 14 No. 169 Octubre de 2012.

⁵Acuerdo 17 de 1997.

La autonomía de los prestadores públicos, como Empresas Sociales del Estado (ESES), que suponía un incremento de su eficiencia y la autosostenibilidad a través de la venta de servicios, ha producido resultados desalentadores hasta ahora.

La presión de rentabilidad económica en las instituciones públicas ha generado un deterioro de su papel público como garante del acceso a los servicios por el déficit a los cuales se enfrenta por la atención de la población vinculada y los eventos no POS. El desgüeño administrativo y la cartera hospitalaria son las principales preocupaciones de estas instituciones. Entre su problemática se encuentran la falta de atención a usuarios, la deficiencia en materia de recurso humano, el elevado pasivo prestacional, el atraso tecnológico, fallas en las redes de servicios y la atomización en la prestación de los mismos, además de la oferta de servicios similares.

El análisis incluye elementos presupuestales, cartera e indicadores financieros.

2.2.1 Comportamiento presupuestal

A septiembre de 2012, el comportamiento de la ejecución presupuestal de los 22 hospitales de la red pública evidencia que se ha ejecutado el 35.7% del presupuesto de ingresos (478.857.3 millones de \$1.339.521.9 millones) y el 69.9% del presupuesto de gastos (\$925.888.millones de \$1.323.807.4 millones).

CUADRO 1
PRESUPUESTO INGRESOS Y GASTOS HOSPITALES SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		GASTOS		DISPONIBILIDAD MAS INGRESOS
	DEFINITIVO	RECAUDOS	DISPONIBLE	EJECUTADO	
Hospital Simón Bolívar	122.015.000.000	63.711.042.254	124.298.265.214	110.034.866.298	125.551.265.214
Hospital Santa Clara	113.397.138.476	48.353.235.065	100.661.812.953	88.191.341.946	114.682.812.953
Hospital Kennedy	119.924.000.000	55.598.030.955	120.139.774.314	99.163.953.774	123.729.774.314
Hospital La Victoria	88.280.000.000	47.552.005.987	82.224.021.905	67.689.464.044	88.292.000.000
Hospital El Tunal	93896379725	45.901.464.880	89.548.110.178	74.588.717.064	95.260.040.141
Hospital Meissen	129.900.000.000	55.639.050.440	119.508.305.614	110.970.790.983	130.164.524.545
Hospital Bosa	31.729.000.000	11.812.222.328	57.796.123.602	15.024.227.236	61.270.123.602
Hospital Suba	97.326.000.000	50.764.355.193	93.326.806.460	82.285.634.406	97.811.608.659
Hospital Engativá	78.854.000.000	36.667.281.810	75.149.411.610	68.272.868.109	78.956.577.366
Hospital Fontibón	41.274.800.777	27.379.675.240	43.087.108.526	40.300.997.592	43.141.506.492
Hospital San Blas	44.075.000.000	19.247.834.609	39.760.317.732	32.729.649.820	44.124.317.732
Hospital Centro Oriente	35.409.670.937	19.153.246.831	35.109.876.551	27.798.417.767	37.141.547.488
Hospital Tunjuelito	34.680.976.237	19.037.896.686	31.291.597.444	24.552.607.642	36.224.228.550

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		GASTOS		DISPONIBILIDAD MAS INGRESOS
	DEFINITIVO	RECAUDOS	DISPONIBLE	EJECUTADO	
Hospital Chapinero	24285794388	11.721.008.548	34.395.181.671	19.097.998.032	35426976059
Hospital Pablo VI Bosa	43.819.995.508	29.041.075.115	49.665.977.554	37.722.953.872	49.665.977.554
Hospital Vista Hermosa	46.947.674.158	26.029.678.718	46.763.302.102	36.350.321.098	53.767.624.816
Hospital Del Sur	60.636.983.943	33.732.222.746	46.551.000.000	42.537.401.871	60.716.000.000
Hospital Nazareth	8.896.052.640	5.849.731.285	9.199.451.734	6.497.944.398	9.816.202.035
Hospital Usaquén	20.511.000.000	10.726.376.938	20.237.839.632	15.065.798.585	22.397.839.632
Hospital San Cristóbal	23.143.795.533	16.932.085.980	30.611.135.212	21.990.375.725	35.143.308.691
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.028.651.858	21.068.821.298	37.510.254.228	28.923.390.013	39.860.242.252
Hospital Usme	43.490.046.282	18.525.292.542	67.582.916.204	26.581.028.588	71.387.271.424
TOTAL	1.339.521.960.462	478.857.369.476	1.323.807.455.228	925.888.033.600	1.454.531.769.519

Fuente: SIVICOF: Contraloría de Bogotá, D.C.

La red pública distrital tiene un presupuesto de ingresos a septiembre de 2012 por \$1.454.531.8 millones y de gastos por \$1.323.807.5 millones, como se presenta en el siguiente cuadro.

CUADRO 2
PRESUPUESTO DE GASTOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	GASTOS		% ejec gastos	PRESUPUESTO DIC 2011
	DISPONIBLE	EJECUTADO		
Hospital Simón Bolívar	124.298.265.214	110.034.866.298	88,52%	124.344.000.000
Hospital Santa Clara	100.661.812.953	88.191.341.946	87,61%	97.737.000.000
Hospital Kennedy	120.139.774.314	99.163.953.774	82,54%	106.348.999.999
Hospital La Victoria	82.224.021.905	67.689.464.044	82,32%	60.842.681.412
Hospital El Tunal	89.548.110.178	74.588.717.064	83,29%	84.281.000.000
Hospital Meissen	119.508.305.614	110.970.790.983	92,86%	94.052.246.000
Hospital Bosa	57.796.123.602	15.024.227.236	26,00%	52.489.000.000
Hospital Suba	93.326.806.460	82.285.634.406	88,17%	75.151.000.000
Hospital Engativá	75.149.411.610	68.272.868.109	90,85%	58.008.000.000
Hospital Fontibón	43.087.108.526	40.300.997.593	93,53%	42.318.000.000
Hospital San Blas	39.760.317.732	32.729.649.820	82,32%	36.606.000.000
Hospital Centro Oriente	35.109.876.551	27.798.417.767	79,18%	29.760.000.000
Hospital Tunjuelito	31.291.597.444	24.552.607.642	78,46%	27.182.999.999
Hospital Chapinero	34.395.181.671	19.097.998.032	55,53%	22.718.000.000
Hospital Pablo VI Bosa	49.665.977.554	37.722.953.872	75,95%	39.096.000.000
Hospital Vista Hermosa	46.763.302.102	36.350.321.098	77,73%	38.430.999.999
Hospital Del Sur	46.551.000.000	42.537.401.871	91,38%	54.448.000.000
Hospital Nazareth	9.199.451.734	6.497.944.398	70,63%	6.995.000.000
Hospital Usaquén	20.237.839.632	15.065.798.585	74,44%	16.857.000.000

SUJETO DE CONTROL	GASTOS		% ejec gastos	PRESUPUESTO DIC 2011
	DISPONIBLE	EJECUTADO		
Hospital San Cristóbal	30611135212	21.990.375.725	71,84%	26.761.000.000
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.510.254.228	28.923.390.013	77,11%	32.740.000.000
Hospital Usme	67.582.916.204	26.581.028.588	39,33%	53.222.000.000
TOTAL	1.354.418.590.440	1.076.370.748.864	79,47%	1.180.388.927.410

Fuente: SIVICOF: Contraloría de Bogotá, D.C.

Como se observa a falta de un trimestre para concluir la vigencia 2012, los hospitales de la red pública distrital han comprometido en promedio el 79.47% de los recursos, aunque existen casos críticos como los Hospitales de Meissen, Engativá, Fontibón y Del Sur con ejecuciones superiores al 90% y cercanas a este nivel como Simón Bolívar (88.52%) y Suba (88.17%).

En arista opuesta se encuentran los hospitales de Bosa y Usme con ejecuciones de apenas el 26% y el 39%.

En cuanto a la ejecución activa, los porcentajes de recaudo (50.35% en total para la red hospitalaria) demuestran la dificultad para disponer de recursos y cubrir los compromisos que son de inmediata atención, lo que evidencia que la gestión financiera de los hospitales es deficitaria por cuanto se venden los servicios y se factura posteriormente, en muchos casos a más de 90 días.

CUADRO 3
PRESUPUESTO DE INGRESOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		% ejec. Ingresos
	DEFINITIVO	RECAUDOS	
Hospital Simón Bolívar	122.015.000.000	63.711.042.255	52,22%
Hospital Santa Clara	113.397.138.476	48.353.235.066	42,64%
Hospital Kennedy	119.924.000.000	55.598.030.955	46,36%
Hospital La Victoria	88.280.000.000	47.552.005.987	53,86%
Hospital El Tunal	93.896.379.725	45.901.464.880	48,89%
Hospital Meissen	129.900.000.000	55.639.050.440	42,83%
Hospital Bosa	31.729.000.000	11.812.222.328	37,23%
Hospital Suba	97.326.000.000	50.764.355.193	52,16%
Hospital Engativá	78.854.000.000	36.667.281.810	46,50%
Hospital Fontibón	41.274.800.777	27.379.675.240	66,34%
Hospital San Blas	44.075.000.000	19.247.834.609	43,67%
Hospital Centro Oriente	35.409.670.937	19.153.246.831	54,09%
Hospital Tunjuelito	34.680.976.237	19.037.896.686	54,89%
Hospital Chapinero	24.285.794.388	11.721.008.548	48,26%

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		% ejec. Ingresos
	DEFINITIVO	RECAUDOS	
Hospital Pablo VI Bosa	43.819.995.508	29.041.075.115	66,27%
Hospital Vista Hermosa	46.947.674.158	26.029.678.718	55,44%
Hospital Del Sur	60.636.983.943	33.732.222.746	55,63%
Hospital Nazareth	8.896.052.640	5.849.731.285	65,76%
Hospital Usaquén	20.511.000.000	10.726.376.938	52,30%
Hospital San Cristóbal	23.143.795.533	16.932.085.980	73,16%
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.028.651.858	21.068.821.298	56,90%
Hospital Usme	43.490.046.282	18.525.292.542	42,60%
TOTAL	1.339.521.960.462	674.443.635.450	50,35%

Fuente: SIVICOF: Contraloría de Bogotá, D.C.

A nivel particular los porcentajes de ejecución menores corresponden a los hospitales de Bosa (37.23%) y Usme (42.60%) que, igualmente, son los de menor ejecución pasiva.

El mayor nivel de recaudo frente a los ingresos estimados, corresponde al hospital de San Cristóbal con el 73.16%, única ESE que alcanza un porcentaje superior al 70%.

En los hospitales de primer y segundo nivel, especialmente, se ha presentado una disminución en el recaudo por la disminución en la facturación proveniente de la contratación para la atención de la población pobre no asegurada (vinculados) y del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, debido a los descuentos realizados por concepto del Sistema General de Participaciones.

En el caso del PIC se adelanta proceso de negociación y contratación con el Fondo Financiero, lo que llevaría al aumento en el recaudo por este concepto.

De otra parte, al Comparar los recaudos frente a los compromisos, se observa un déficit de 401.927, 1 millones, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

CUADRO 4
RELACIÓN INGRESOS-GASTOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS	GASTOS	Diferencia Ingresos Gastos
	RECAUDOS	EJECUTADO	
Hospital Simón Bolívar	63.711.042.255	110.034.866.298	-46.323.824.043
Hospital Santa Clara	48.353.235.066	88.191.341.946	-39.838.106.880
Hospital Kennedy	55.598.030.955	99.163.953.774	-43.565.922.819
Hospital La Victoria	47.552.005.987	67.689.464.044	-20.137.458.057
Hospital El Tunal	45.901.464.880	74.588.717.064	-28.687.252.184
Hospital Meissen	55.639.050.440	110.970.790.983	-55.331.740.543

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS	GASTOS	Diferencia Ingresos Gastos
	RECAUDOS	EJECUTADO	
Hospital Bosa	11.812.222.328	15.024.227.236	-3.212.004.908
Hospital Suba	50.764.355.193	82.285.634.406	-31.521.279.213
Hospital Engativá	36.667.281.810	68.272.868.109	-31.605.586.299
Hospital Fontibón	27.379.675.240	40.300.997.593	-12.921.322.353
Hospital San Blas	19.247.834.609	32.729.649.820	-13.481.815.211
Hospital Centro Oriente	19.153.246.831	27.798.417.767	-8.645.170.936
Hospital Tunjuelito	19.037.896.686	24.552.607.642	-5.514.710.956
Hospital Chapinero	11.721.008.548	19.097.998.032	-7.376.989.484
Hospital Pablo VI Bosa	29.041.075.115	37.722.953.872	-8.681.878.757
Hospital Vista Hermosa	26.029.678.718	36.350.321.098	-10.320.642.380
Hospital Del Sur	33.732.222.746	42.537.401.871	-8.805.179.125
Hospital Nazareth	5.849.731.285	6.497.944.398	-648.213.113
Hospital Usaquén	10.726.376.938	15.065.798.585	-4.339.421.647
Hospital San Cristóbal	16.932.085.980	21.990.375.725	-5.058.289.745
Hospital Rafael Uribe Uribe	21.068.821.298	28.923.390.013	-7.854.568.715
Hospital Usme	18.525.292.542	26.581.028.588	-8.055.736.046
TOTAL	674.443.635.450	1.076.370.748.864	-401.927.113.414

Fuente: SIVICOF: Contraloría de Bogotá, D.C.

Estas cifras ponen de presente situaciones diagnosticadas para el sector como:

- La presencia de un desfase en el financiamiento hospitalario en medio de una relativa abundancia de recursos sectoriales.
- Demoras en el flujo de recursos de los pagadores hacia los prestadores y en la relación entre pagadores y prestadores se generan obstáculos a los procesos, especialmente a través del mecanismo de glosas.

La situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó.

2.2.2 Cartera

En cuanto a la cartera de los hospitales, se observa en el siguiente cuadro, que a junio de 2012 llega a \$648.452,9 millones.

CUADRO 5
CARTERA HOSPITALES PÚBLICOS BOGOTÁ, 2009-JUNIO 2012

Millones de pesos

HOSPITALES	30 de junio de 2012	31 de diciembre de 2011	Variación Junio 2012-2011	31 de diciembre de 2010	Variación 2011-2010	31 de diciembre de 2009	Variación Junio 2012-2009
III NIVEL	374.570,90	341.636,80	9,64%	335.447,01	1,85%	294.614,00	27,14%

HOSPITALES	30 de junio de 2012	31 de diciembre de 2011	Variación Junio 2012-2011	31 de diciembre de 2010	Variación 2011-2010	31 de diciembre de 2009	Variación Junio 2012-2009
El tunal	75.434,00	72.096,30	4,63%	63.767,10	13,06%	53.495,74	41,01%
La Victoria	33.000,80	29.387,00	12,30%	55.350,12	-46,91%	18.212,98	81,19%
Kennedy	86.697,10	80.530,10	7,66%	71.255,84	13,02%	98.466,15	-11,95%
Santa Clara	55.624,70	57.934,00	-3,99%	43.310,66	33,76%	37.246,00	49,34%
Simón Bolívar	123.814,30	101.689,40	21,76%	101.763,30	-0,07%	87.193,13	42,00%
II NIVEL	205.175,30	239.658,70	-14,39%	175.235,91	36,76%	165.548,60	23,94%
Centro Oriente	7.250,00	5.907,20	22,73%	6.479,58	-8,83%	10.885,36	-33,40%
Bosa	7.684,90	22.046,10	-65,14%	9.662,52	128,16%	8.596,00	-10,60%
Engativá	38.910,00	76.615,00	-49,21%	30.022,33	155,19%	42.208,63	-7,82%
Fontibón	13.488,40	12.068,60	11,76%	22.190,65	-45,61%	21.247,45	-36,52%
Meissen	53.383,20	54.405,70	-1,88%	37.877,59	43,64%	24.298,09	119,70%
San Blas	13.830,20	14.262,20	-3,03%	12.617,49	13,04%	12.699,52	8,90%
Tunuelito	11.825,70	9.393,20	25,90%	10.310,56	-8,90%	12.205,00	-3,11%
Suba	58.802,90	44.960,70	30,79%	46.075,18	-2,42%	33.408,54	76,01%
I NIVEL	68.706,70	59.418,40	15,63%	67.723,76	-12,26%	78.350,49	-12,31%
Chapinero	9.410,20	5.032,90	86,97%	5.498,48	-8,47%	5.753,57	63,55%
Nazaret	1.174,20	1.096,90	7,05%	1.069,49	2,56%	1.338,48	-12,27%
Usaquén	3.387,20	2.676,30	26,56%	2.117,97	26,36%	6.526,47	-48,10%
Usme	6.575,10	7.941,90	-17,21%	12.397,31	-35,94%	6.734,88	-2,37%
Del Sur	8.164,50	7.605,00	7,36%	11.982,65	-36,53%	11.761,62	-30,58%
Pablo VI Bosa	13.656,00	8.670,70	57,50%	8.375,48	3,52%	16.038,70	-14,86%
Rafael Uribe Uribe	6.792,80	5.077,70	33,78%	4.842,16	4,86%	8.786,68	-22,69%
San Cristóbal	7.485,90	5.517,80	35,67%	6.386,65	-13,60%	6.508,01	15,03%
Vista Hermosa	12.060,80	15.799,20	-23,66%	15.053,56	4,95%	14.902,09	-19,07%
TOTAL	648.452,90	640.713,90	1,21%	578.406,68	10,77%	538.513,09	20,42%

Fuente: Datos Junio 2012 Secretaría Distrital de Salud. Oficio 1-2012-36755 de 19-10-2012. Datos 2009-2011 SIVICOF Contraloría de Bogotá.

Entre 2009 y junio de 2012 la cartera de los hospitales ha aumentado en un 20.42% al pasar de \$538.513.1 millones a \$648.452.9 millones. Sin embargo, en el total de los hospitales de I nivel disminuyó en 12.31%.

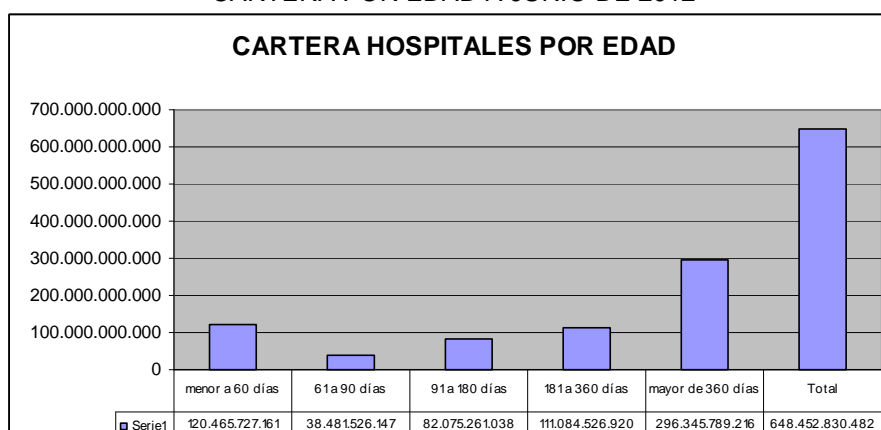
A junio de 2012 la cartera de los hospitales de III Nivel representa el 57.7%, del segundo Nivel el 31.7% y del primer nivel el 10.6%.

Por hospitales, el Simón Bolívar con el 19.1% tiene el mayor peso; le siguen Kennedy (13.4%), El Tunal (11.6%), Suba (9.1%) y Meissen (8.2%).

En el primer nivel la mayor cartera la tiene el hospital Pablo VI Bosa (2.1%) y el menor nivel de cartera lo tiene el hospital de Nazareth (0.18%).

En cuanto a la cartera por edad, se puede observar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 1
CARTERA POR EDAD A JUNIO DE 2012



Fuente: Datos Junio 2012 Secretaría Distrital de Salud. Oficio 1-2012-36755 de 19-10-2012

La cartera mayor a 360 días tiene el mayor peso porcentual ya que corresponde al 45.7% del total, evidencia de las dificultades financieras que tienen las empresas sociales del estado para atender sus compromisos de corto plazo.

2.2.3 Indicadores financieros

Si bien la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado las reviste de una connotación especial y diferente respecto de entidades que persiguen rentabilidad y lucro per se, en la lógica del mercado son susceptibles de ser analizadas a través de indicadores clásicos de liquidez, endeudamiento y rentabilidad como referentes para calificar su gestión.

Indicadores de Liquidez

De los 22 hospitales, a diciembre de 2011, siete presentan capital de trabajo negativo, situación más crítica frente a diciembre de 2010 en donde eran cinco. Ello indica que no cuentan con recursos inmediatos para la atención de sus obligaciones corrientes.

CUADRO 6
INDICADORES LIQUIDEZ HOSPITALES RED PÚBLICA BOGOTÁ, 2010-2011

Miles de pesos

HOSPITAL	Capital de trabajo (1)			Razón corriente (2)			Prueba ácida (3)		
	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010
Hospital Simón Bolívar	-36.816.022	-5.386.033	-14.606.574	0,59	0,92	0,81	0,57	0,88	0,78
Hospital Santa Clara	12.217.874	14.803.066	15.763.731	1,25	1,38	1,50	1,21	1,29	1,39
Hospital Kennedy	4.535.556	1.674.545	-10.593.249	1,08	1,03	0,80	1,06	0,99	0,77
Hospital La Victoria	3.343.176	6.298.720	5.217.420	1,14	1,38	1,27	1,08	1,30	1,19
Hospital El Tunal	-3.770.681	27.537.435	12.130.836	0,91	1,76	1,26	0,87	1,76	1,26
Hospital Meissen	-8.956.091	16.089.461	24.340.684	0,87	1,30	1,78	0,76	1,30	1,78
Hospital Bosa	22.306.888	8.058.531	6.835.082	3,88	2,63	2,31	3,85	2,63	2,31
Hospital Suba	4.606.620	5.805.351	321.067	1,09	1,13	1,01	1,07	1,13	1,01
Hospital Engativá	-25.549.066	-19.284.577	-9.903.227	0,44	0,46	0,67	0,42	0,46	0,67
Hospital Fontibón	ND	-121.443	1.020.484	ND	0,99	1,08	ND	0,99	1,08
Hospital San Blas	ND	-575.151	5.019.614	ND	0,97	1,39	ND	0,97	1,39
Hospital Centro Oriente	-912.110	-958.003	4.567.747	0,90	0,89	1,49	0,87	0,89	1,49
Hospital Tunjuelito	3.176.331	27.537.435	12.130.836	1,50	1,76	1,26	1,44	1,76	1,26
Hospital Chapinero	13.166.773	14.035.787	12.732.503	3,17	3,87	2,76	3,13	3,87	2,76
Hospital Pablo VI Bosa	16.535.613	17.200.243	10.710.299	5,26	6,18	3,80	5,03	6,18	3,80
Hospital Vista Hermosa	9.676.179	12.023.664	11.017.077	2,38	3,59	3,24	2,23	3,59	3,24
Hospital Del Sur	-8.139.816	-8.920.182	-2.993.460	0,61	0,46	0,83	0,61	0,46	0,83
Hospital Nazareth	1.843.065	1.441.317	965.350	2,39	3,30	1,85	2,33	3,30	1,85
Hospital Usaquén	2.127.225	2.956.518	2.382.398	1,61	2,35	1,93	1,46	2,35	1,93
Hospital San Cristóbal	15.055.302	14.910.940	14.364.617	5,05	7,62	5,31	4,95	7,62	5,31
Hospital Rafael Uribe Uribe	-4.108.977	-702.220	2.505.780	0,70	0,92	1,43	0,65	0,92	1,43
Hospital Usme	6.985.547	7.413.914	-5.243.646	1,32	1,40	0,76	1,28	1,40	0,76

Fuente: SIVICOF. Hospitales

(1) El Capital de trabajo es el excedente de los activos corrientes descontados los pasivos corrientes. (2) Se calcula al dividir los activos corrientes entre los pasivos corrientes. (3) Divide el activo corriente menos los inventarios entre el pasivo corriente.

Los hospitales que presentan una situación más compleja son los de Engativá y Del Sur, en tanto Tunjuelito y Pablo VI Bosa tienen la posibilidad de cubrir sus obligaciones de corto plazo con menores traumatismos.

Al revisar el indicador de prueba ácida, se observa que 8 hospitales tienen dificultades de liquidez, en tanto el ratio arroja un valor menor a uno. Estos son: Simón Bolívar, Kennedy, Engativá, San Blas, Centro Oriente, Del Sur y Rafael Uribe Uribe, ya que no alcanzan a tener respaldo para atender sus obligaciones de corto plazo.

Indicadores de Apalancamiento

Los resultados de los indicadores de apalancamiento denotan la grave situación financiera de los hospitales.

CUADRO 7
INDICADORES DE APALANCAMIENTO

HOSPITAL	Endeudamiento (1)			Concentración del Pasivo (2)		
	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010
Hospital Simón Bolívar	54,83%	226,39%	204,44%	93,03%	86,31%	90,70%
Hospital Santa Clara	52,31%	46,13%	40,91%	100,00%	100,00%	100,00%
Hospital Kennedy	46,42%	44,83%	48,36%	100,00%	100,00%	99,09%
Hospital La Victoria	56,05%	52,32%	55,91%	85,44%	79,21%	79,65%
Hospital El Tunal	45,54%	43,97%	56,33%	93,66%	90,14%	95,16%
Hospital Meissen	54,18%	41,85%	28,33%	97,95%	97,44%	96,90%
Hospital Bosa	20,16%	22,87%	24,30%	100,00%	100,00%	100,00%
Hospital Suba	46,73%	41,77%	49,06%	100,00%	100,00%	100,00%
Hospital Engativá	73,46%	62,84%	53,38%	86,72%	76,95%	78,17%
Hospital Fontibón	ND	35,73%	33,46%	ND	100,00%	97,62%
Hospital San Blas	ND	44,16%	34,34%	ND	97,97%	90,21%
Hospital Centro Oriente	41,25%	31,46%	28,89%	76,68%	96,72%	91,93%
Hospital Tunjuelito	25,95%	43,97%	56,33%	90,04%	90,14%	95,16%
Hospital Chapinero	24,89%	20,98%	28,08%	85,50%	82,57%	83,25%
Hospital Pablo VI Bosa	16,20%	14,87%	15,96%	71,97%	68,73%	76,78%
Hospital Vista Hermosa	24,79%	18,07%	20,73%	80,38%	0,73%	68,90%
Hospital Del Sur	79,38%	75,31%	61,19%	99,99%	100,00%	100,00%
Hospital Nazareth	17,70%	9,96%	19,63%	100,00%	100,00%	100,00%
Hospital Usaquén	39,52%	29,78%	34,91%	79,09%	69,12%	67,33%
Hospital San Cristóbal	16,06%	11,85%	16,93%	81,11%	70,38%	73,82%
Hospital Rafael Uribe Uribe	69,72%	46,06%	35,01%	99,99%	99,98%	91,59%
Hospital Usme	64,77%	60,45%	77,21%	89,81%	88,82%	99,95%

Fuente: SIVICOF. Hospitales

(1) Pasivo dividido entre el activo; se considera que un nivel de endeudamiento del 60% es manejable, menor la entidad está en capacidad de contraer nuevas obligaciones, y mayor al 60% señala dificultades para contraer más financiamiento. (2) Establece la participación porcentual de los pasivos corrientes en el pasivo total. Sí el indicador es superior al 50% significa que las obligaciones totales se han financiado en su mayoría a corto plazo.

Así, el indicador de endeudamiento resalta la crítica realidad de los hospitales de Engativá, Del Sur, Rafael Uribe Uribe y Usme, ya que con porcentajes superiores al 60% en su relación entre pasivos y activos, difícilmente pueden acceder a créditos para apalancar su gestión. Además, todos los hospitales han concentrado

su financiamiento con créditos a corto plazo, al superar el 50% en la concentración del pasivo.

Indicadores de Rentabilidad

CUADRO 8
INDICADORES DE RENTABILIDAD

HOSPITAL	Margen Operacional de Utilidad			Rentabilidad sobre activos		
	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010	jun. 2012	dic. 2011	dic. 2010
Hospital Simón Bolívar	-7,33%	-0,58%	-8,78%	-2,75%	-1,39%	-5,49%
Hospital Santa Clara	0,64%	2,64%	0,70%	-2,57%	0,56%	5,65%
Hospital Kennedy	5,00%	3,20%	1,04%	3,06%	5,64%	0,53%
Hospital La Victoria	0,53%	1,14%	4,26%	-3,10%	0,99%	17,17%
Hospital El Tunal	5,28%	10,26%	-7,44%	2,98%	13,37%	0,87%
Hospital Meissen	-34,61%	-0,82%	-0,25%	-14,43%	0,07%	-5,26%
Hospital Bosa	-19,96%	7,37%	-2,20%	-5,95%	3,23%	-0,57%
Hospital Suba	-17,02%	-4,38%	-9,79%	-0,18%	2,12%	0,22%
Hospital Engativá	-9,98%	-5,94%	-1,20%	-8,63%	-7,02%	-7,59%
Hospital Fontibón	ND	1,09%	-0,18%	ND	0,44%	0,08%
Hospital San Blas	ND	-0,45%	-0,46%	ND	-13,35%	-2,20%
Hospital Centro Oriente	-15,24%	-10,75%	-0,35%	-6,96%	-15,14%	5,71%
Hospital Tunjuelito	-6,90%	3,82%	9,69%	-5,30%	0,26%	0,60%
Hospital Chapinero	-9,78%	2,72%	5,50%	-2,85%	2,93%	6,10%
Hospital Pablo VI Bosa	2,30%	-9,51%	-7,64%	0,73%	0,41%	4,30%
Hospital Vista Hermosa	-7,73%	-3,06%	-9,22%	-7,06%	0,59%	-4,64%
Hospital Del Sur	-18,05%	-29,82%	-37,90%	-2,11%	-25,18%	-22,15%
Hospital Nazareth	-13,93%	4,33%	-7,28%	-5,42%	13,56%	-6,94%
Hospital Usaquén	-9,78%	-0,90%	-4,37%	-6,47%	5,33%	18,45%
Hospital San Cristóbal	-2,13%	-4,48%	11,40%	0,47%	1,38%	13,96%
Hospital Rafael Uribe Uribe	-35,91%	-20,16%	-15,79%	-19,04%	-14,37%	1,55%
Hospital Usme	-0,59%	11,38%	-16,85%	-1,83%	6,19%	-16,46%

Fuente: SIVICOF. Hospitales

(1) Porcentaje de utilidad operacional que queda después de descontar a las ventas su costo y los gastos operacionales. Mide si el negocio en sí mismo es rentable o no. (2) Porcentaje de utilidad que obtiene cada entidad por cada peso invertido en activo total.

El alto número de hospitales con valor negativo en los indicadores de rentabilidad refuerza la conclusión de su delicada situación, en donde definitivamente no pueden operar dentro de una lógica de mercado, máxime cuando se les exige prestar los servicios médico asistenciales sin argumentar obstáculos por capacidad de pago ó estado de aseguramiento.

2.3 ACCIONES

Desde el ente rector SDS, en el marco del programa de saneamiento fiscal y financiero establecido en el Plan de Desarrollo⁶, se elaboró un diagnóstico de la situación actual de las ESE, a febrero de 2012 que conllevó una clasificación por riesgo; se ubicaron 11 ESE en riesgo alto y en posterior ejercicio realizado con corte a junio el número de ESE en riesgo alto subió a 20.

Se conformaron mesas de trabajo entre la SDS y la Secretaría Distrital de Hacienda para trabajar el programa de saneamiento. Se suscribieron convenios interadministrativos para implementar el programa de reorganización, rediseño y modernización de redes con 17 ESE por un valor de \$37.740 millones, que incluye el estudio de cargas laborales y la plataforma institucional y una propuesta de plan de desempeño institucional, fiscal y financiero.

Finalmente, mediante Resolución 709 de 6 de septiembre de 2012, se conformó un equipo técnico interdisciplinario para el seguimiento de la gestión de las ESE de la red pública distrital, para brindar asistencia técnica y seguimiento al programa fiscal y financiero.

Por su parte los hospitales comunican acciones dirigidas a la recuperación de cartera, gestión en la facturación y presupuestal y en el manejo de glosa, dentro de políticas y planes de salvamento financiero.

Se destacan conciliaciones con los pagadores, circularización periódica solicitando el pago de facturas, cobro personalizado, depuración de saldos de cartera, gestión y monitoreo de los costos, ajuste al proceso de autorizaciones, validación de facturación pendiente por radicar y realizarla con soportes pertinentes, realización de auditorías concurrentes en los diferentes servicios.

En Engativá se destaca que se retomó el proceso de facturación, cuentas médicas y cartera que se encontraba tercerizado.

Otras medidas complementarias como políticas de austeridad en el gasto, reubicación y racionalización del gasto del recurso humano, revisión de procesos y procedimientos, socialización del manual de glosas, revisión de los procesos de contratación, implementación de políticas de control y racionalización del gasto, fortalecimiento de la venta de servicios al régimen contributivo.

⁶Acuerdo Distrital 489 de 2012. Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D.C. 2012-2016. Artículo 8º. "Saneamiento Hospitales. Con el fin de garantizar la sostenibilidad fiscal de la red hospitalaria pública, el Distrito podrá otorgar créditos condonables previa la suscripción de un plan de desempeño institucional, fiscal y financiero por parte de la respectiva ESE. La Secretaría Distrital de Hacienda en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud elaborará un diagnóstico integral para cada una de las ESE, definiendo los indicadores y las medidas de saneamiento correspondientes a implementar.

Otro aspecto fundamental que incide en la sostenibilidad financiera es la política de prestación de servicios por redes, así por ejemplo, en la red territorial del norte se está trabajando un plan conjunto de redefinición institucional mediante el cual se cuente con un portafolio único para los cinco hospitales que la conforman, que permita concentrar servicios, con disminución de costos, aumento y optimización de la capacidad instalada.

CONCLUSIONES

Las empresas sociales del estado a pesar de su autonomía se mueven en un mercado limitado que no les permite funcionar desde el punto de vista financiero con la misma lógica que otro tipo de entidades. Así las cosas, resulta este cuestionamiento: puede subsistir financieramente un hospital que invierte recursos para prestar servicios médicos y hospitalarios y el pago por ellos es recibido hasta más de seis meses después.

Este retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar genera incumplimientos con los proveedores, acreedores, contratistas y empleados, con el riesgo de desmejora en la prestación de los servicios. Entonces, financieramente los hospitales deben recurrir al financiamiento con terceros que conlleva merma en la liquidez, aumento del endeudamiento y la disminución de la rentabilidad.

Como resultado de esto, sin contar con el tema de corrupción, prácticamente desde su misma constitución, las empresas sociales del estado han estado financieramente débiles y se han presentado desde el nivel nacional programas de fortalecimiento tendientes a aliviar su estado crítico.

No obstante la multiplicidad y variadas acciones para mejorar la situación financiera, la problemática de las empresas sociales del estado adscritas en la globalidad del sistema general de seguridad social en salud distrital, se expresa en⁷:

- La presencia de un desfase en el financiamiento hospitalario en medio de una relativa abundancia de recursos sectoriales.
- La alta dependencia de las empresas sociales del estado de los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud –FFDS–, que se hace evidente en la

⁷Sobre el tema se puede revisar el documento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. “Lineamientos de política para la red pública distrital de servicios de salud, 2001-2004”.

baja participación de terceros pagadores en sus ingresos, asociada al elevado peso correspondiente a subsidios directos, que guardan relación con la capacidad instalada ociosa y no con la verdadera producción de servicios.

- El crecimiento continuo de la cobertura del régimen subsidiado en los últimos años, asociado a una débil capacidad de negociación conjunta de estas instituciones, ha llevado al incremento de la capacidad ociosa de infraestructura física en algunos servicios, especialmente los de bajo nivel de complejidad.
- El rápido crecimiento de los gastos de funcionamiento, especialmente los relacionados con la nómina, en medio de una reducción progresiva de los aportes nacionales.
- La inadecuada relación de recursos humano-administrativo vs. asistencial, que se asocia con el incremento en el costo de cada unidad de producto – atención en salud – desarrollada por la institución.
- La transformación progresiva de los mecanismos de contratación y pago, de un modelo basado en un presupuesto histórico fijo, desarrollado mediante la transferencia directa de recursos, a uno que estimula la maximización y diversificación de servicios, basado en la facturación por actividad realizada, que ocasionó el incremento en la contratación de servicios personales.
- Demoras en el flujo de recursos de los pagadores hacia los prestadores y la relación desequilibrada entre pagadores y prestadores, en desventaja de este último, generan obstáculos a los procesos.

Finalmente, es importante mencionar que la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, con UPC menor en el segundo caso, conlleva la mayor prestación de servicios y un recaudo inferior.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento suscrito por el Hospital San Blas II Nivel ESE con la Contraloría de Bogotá, D. C., corresponde a lo observado en auditorias gubernamental con enfoque integral modalidad Regular de las vigencia 2004, 2006 2007, 2008 y 2009, la entidad presenta acciones correctivas parasubsanar 118 hallazgos de auditoria en el Plan de Mejoramiento institucional, es de aclarar que el plan contempla 172 acciones de mejora.

CUADRO 9
OBSERVACIONES PLAN MEJORAMIENTO

COMPONENTE INTEGRALIDAD	CANTIDAD	CUMPLIDAS	CUMPLIDAS PARCIALMENTE	NO CUMPLIDAS
Control Interno	32	32		
Estados Contables	11	11		
Gestión Ambiental	8	4	4	
Acciones Ciudadanas	3	3		
Presupuesto	17	14		3
Contratación	19	18		1
Plan de Desarrollo	13	9		4
Sistemas de Información	13	10		3
Pacto Ético	2	2		
TOTAL	118	103	4	11

Fuente: Plan de Mejoramiento Hospital San Blas y soportes seguimiento.

Realizado el seguimiento y verificación a las acciones propuestas e implementadas, se obtuvo una calificación promedio de 1,7 con un porcentaje de cumplimiento del 85%.

3.2 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La entidad ha continuado implementando y manteniendo el Modelo Estándar de Control Interno "MECI" en sus tres subsistemas, elementos y componentes que integran el modelo, de acuerdo a la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, esta actividad la lidera la Oficina De Gestión Pública y Autocontrol, en cumplimiento de lo señalado en la Ley 87 de 1993 y Decreto Número 1599 de 2005. En desarrollo de la auditoria se

adelantaron entrevistas, se aplicaron cuestionarios y se cotejó el cumplimiento de los componentes y elementos del MECI en: Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Oficina de Atención al Usuario y Participación Social, Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de Información - Calidad, y Oficina Gestión del Talento Humano se la Subgerencia Administrativa, igualmente adelantaron pruebas y verificación en el área de archivo; las acciones ejecutadas permiten conceptuar sobre el Sistema de Control Interno; la evaluación de control interno se realizó bajo los parámetros de la metodología establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), modelo implementado por el Hospital San Blas, evaluando los tres subsistemas con sus componentes y elementos arrojó una calificación de 66% que corresponde a un nivel de mediano riesgo.

3.2.1 Subsistema Control Estratégico

3.2.1.1 Componente Ambiente de Control

Con el Acuerdo de Junta Directiva No.018 del 30 de octubre de 2008 se presentaron y aprobaron los valores y principios institucionales rectores. Como medio de divulgación la entidad utiliza los procesos de inducción y reinducción, el área de planeación-calidad presenta la plataforma estratégica que incluye el tema de principios y valores institucionales, además de utilizan carteleras y la pagina Web del Hospital, durante la vigencia del 2011 la administración entrego una cartilla a funcionarios llamada Cultivando la Calidad en la cual se hace énfasis en estos principios rectores. Sin embargo algunos funcionarios no identifican claramente cuales son los principios y valores institucionales y no precisan debidamente mediante que medios se han socializado.

Desarrollo del Talento Humano, en el 2011 se adopto el Plan de Capacitación según Resolución No.0060 y el de Bienestar con la Resolución No.0059 del Hospital de San Blas, los planes fueron ejecutados durante esa vigencia fiscal, la razón de estos obedece a las necesidades de capacitación y de Bienestar Social; de conformidad con estos se adelanto el proceso de inducción, reinducción y actualización a funcionarios de planta y contrato. Es de anotar que si bien es cierto se cumplió con la programación hay servidores de no tienen claridad sobre los instrumentos de planeación de los procesos a que pertenecen.

3.2.1.1.1 Hallazgo Administrativo, en Atención al Usuario en el acta de entrega y recibo de puestos de trabajo no se relacionan los documentos que se entregan y manejan en esta dependencia, situación que se observó en el registro Formato Único Acta de Informe de Gestión del 5 de septiembre de 2012 mediante el cual se entrega y recibe el cargo de Asesora Oficina de Atención al Usuario, esto

conlleva a que los funcionarios no identifican la información que se opera en el proceso institucional al cual pertenecen, los archivos son insumos primordiales para el desarrollo de las actividades y tareas que les corresponde adelantar. No se cumple integralmente con el Artículo 1º de la Resolución No.00013 de enero de 2012 y Actividades 4 y 7 del procedimiento de Entrega y Recibo de cargos del Hospital San Blas, fundamentados en la Ley 951 de 2005.

Estilo de Dirección, la entidad cuenta con el Organigrama Funcional y Estructural aprobado según Acuerdo de Junta Directiva 0019 de 2001, mediante el cual se determino como esta integrado funcionalmente el hospital, en este documento se identifica el nivel de autoridad y responsabilidad, los cargos están fundamentados en objetivos y las funciones de las áreas están segregadas; sin embargo en el organigrama no se identifican y reseña la dependencia de Gestión Ambiental, por consiguiente es un documento que no se encuentra actualizado conforme las áreas existentes.

La calificación obtenida en éste componente fue de 66% la cual lo ubica en un rango regular de mediano riesgo.

3.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

El Hospital durante la vigencia 2011 dispuso de herramientas de planeación y control tales como la Plataforma Estratégica en la cual se señala la Misión, Visión, Principios Corporativos, Objetivos Corporativos y Estrategias; en cumplimiento de los objetivos cada proceso elabora y adopta un plan operativo anual (POA), el cual se desarrolla y cumple a través de actividades, estas se miden con indicadores; el último POA fue aprobado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No. 18 del 22 de agosto de 2011, el avance de ejecución se reportó trimestralmente a la Oficina de Planeación quien consolida y presentar informe a la Gerencia.

Actualmente se está trabajando en la metodología análisis de brechas para la formulación de la nueva plataforma estratégica y alinearla al plan de desarrollo distrital. Se tiene proyectado realizar una reunión con las partes interesadas como son los clientes, comunidad, junta directiva y funcionarios ESE para integrarlos en su formulación.

La Plataforma Estratégica con la que se ha desarrollado la planeación tenía vigencia hasta el mes de junio de 2012, correspondiéndole a la actual administración formular la nueva para el cuatrienio que inicio la actual gerencia; en los procesos auditados de mejoramiento continuo, gestión del talento humano, atención al usuario y participación social y la oficina de planeación, no cuentan con

el POA apropiadamente aprobado, estos instrumentos de planeación son orientares del accionar y de la gestión que debe adelantar el hospital, por consiguiente no se cuenta aun con los instrumentos de planeación debidamente aprobados para esta vigencia fiscal.

La calificación obtenida en éste componente fue de 66% la cual lo ubica en un rango regular de mediano riesgo.

Sistema de Gestión de la Calidad

La entidad viene trabajando bajo el modelo operacional por procesos como se presenta en el mapa de procesos institucional, se determinaron cuatro macro procesos así: Estratégico, misional, de apoyo y de evaluación, estos se despliegan en 16 procesos los cuales son coherentes con la funciones que cumple el hospital, con la interacción de estos permite prestar los servicios establecidos en el portafolio de servicios de forma articulada.

La Oficina de Planeación es la responsable de la administración del sistema de gestión de la calidad, para desarrollar esta actividad dispone de dos funcionarios de planta, de los cuales uno lidera el sistema de gestión de calidad y el otro el proceso de seguridad del paciente, también se cuenta con un contratista que maneja el tema de auditoria concurrente.

Las auditorías programadas de gestión de la calidad están integradas con las auditorias internas que adelanta la Oficina de Gestión Pública, esta oficina es quien las maneja con la concurrencia de los auditores del área de calidad.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) se ha venido desarrolló en los 4 componentes de habilitación, acreditación, PAMEC y sistema de información para la calidad; el seguimiento se hace desde el área de calidad. En acreditación el Hospital lleva 3 autoevaluaciones así: En el año 2008 se obtuvo un puntaje promedio de 1.40, en 2009 un puntaje promedio de 1.23 y en el año 2011 con un puntaje promedio de 1.48.

Los planes de mejoramiento del SGC, del proceso de direccionamiento y proyección de la operación están a cargo de calidad, se integran con los del MECI y los del PAMEC, estos planes de mejoramiento están articulados con acreditación (ambulatorio y hospitalario). El ciclo de mejoramiento definido desde el año 2009 y hasta el año 2011 tiene un avance del 36% sobre 40%. El hospital tiene proyectado para este año en diciembre hacer una cuarta autoevaluación y

desarrollar el segundo ciclo de mejoramiento para lograr un total del 70% del 100%.

El PAMEC fue reformulado desde año 2010 y dentro de la priorización de procesos está lo definido en los procesos misionales ambulatorios y hospitalarios. La entidad esta certificada hasta el año 2013 en habilitación y se hace verificación para la renovación de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2242 de 2011.

El tema de cumplimiento de condiciones tecnológicas y científicas y de habilitación de servicios esta contemplada en un plan de mejoramiento con la Secretaria Distrital de Salud y al plan de sostenibilidad contable. El riesgo financiero alto en que se clasificó el Hospital, está siendo manejado y gestionado con el plan fiscal y financiero.

3.2.1.2 Hallazgo administrativo, Sistema Gestión de la Calidad, para desarrollar las auditorias que le corresponde y que están programadas, hace falta el auditor médico (PAMEC); no se han adelantado auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, como lo exige el lineamiento de implementar esta auditoría; esta situación conlleva a que no se tenga un plan de mejoramiento resultante de auditorias medicas, que evidencie la mejora. Se esta incumpliendo con lo planeado y con lo establecido en el Artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social y Resolución 1043 de 2006, obliga que el hospital cumpla con las auditorias para el logro de la acreditación.

3.2.1.3 Componente Administración de Riesgos

En desarrollo de este Componente, el hospital hizo evaluación, priorización y levantamiento de los riesgos de acuerdo con los 16 (dieciséis) procesos determinados en el Mapa de Procesos, esta actividad contó con el concurso y participación de las diferentes dependencias que integran el Hospital y con el apoyo del equipo de calidad; esta acción se concluyo en un Mapa de Riesgos institucional por procesos actualizado a 31 de diciembre de 2011; el propósito de prevenir y manejar situaciones potenciales no deseadas antes que se materialicen, es implementar acciones para el manejo y mitigación, sin embargo se evidencia, que desde la consolidación del mapa de riesgos, no se ha realizado seguimiento a las acciones determinadas en los 16 procesos; de otra parte hay funcionarios que no identifican los riesgos de su proceso con el cual contribuyen con su trabajo.

El componente de administración del riesgo obtiene una calificación de 64% y el subsistema de Control Estratégico en el 65% la cual lo ubica en un rango regular de mediano riesgo.

3.2.2 Subsistema de Control de Gestión

3.2.2.1 Componente actividades de control

Las políticas de operación que adoptó la entidad están en concordancia con las políticas institucionales y fueron aprobadas mediante resolución, la alta dirección delegó a los equipos de análisis de los procesos para adelantar la socialización en cada una de las áreas que integran la entidad, en el manual de calidad y en la pagina web se encuentran registradas para su consulta.

El manual de procedimientos se ha venido ajustando y actualizando, con Resolución No.0013 del 17 de enero de 2012 se aprueba la actualización de los procesos, procedimientos y documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del hospital. El manual lo integra los procedimientos que son coherentes con los 16 procesos establecidos, estos incluyen el nivel gerencial, misional, de apoyo, asesor y de evaluación; esta herramienta esta disponible en copia dura y el la pagina del hospital, y son divulgados en las áreas para que los apropien y apliquen.

Se manejan indicadores para medir las metas a cumplir, se determinaron las variables correspondientes a las actividades consignadas en el Plan Operativo Anual (POA); Para el seguimiento al POA, la oficina de planeación remite una matriz en Excel a las áreas, trimestralmente; las áreas lo reportan y la oficina de planeación consolida el seguimiento. El cumplimiento de indicadores se reporta trimestralmente, el resultado de la medición hace parte del informe gestión que reportan las dependencias a consideración de la Gerencia y sirve como insumo para la toma de decisiones, se debe propender porque las áreas no solamente formulen indicadores de cumplimiento.

3.2.2.1.1 Hallazgo administrativo, el procedimientos Entrega y Recibo de Cargos del proceso de gestión de Talento Humano, no esta determino como registro el acta de constancia de la entrega formal del puesto de trabajo: El procedimiento del Sistema de SQS del proceso Atención al Usuario y Participación Social, la clasificación de los escritos de la ciudadanía no tiene coherencia con la clasificación que hacen los funcionarios y como se reportan en el aplicativo SQS de la Secretaria Distrital de Salud, se corre el riesgo de confusión en el manejo y clasificación de las quejas que se tramitan en Atención al Usuario, no se esta

cumpliendo debidamente con lo establecido en el numeral 2.1.3 de procedimientos Decreto 1599 de 2005 de la Presidencia de la República.

La calificación obtenida en éste componente fue de 63% cual lo ubica en un rango de mediano riesgo.

3.2.2.2 Componente información

Información primaria, es utilizada en cumplimiento de las funciones que le corresponde, está es de carácter constitucional, legal, reglamentaria y de regulación. En cumplimiento de la etapa 4 de implementación del MECI, el Hospital elaboró el nomograma por procesos, se relaciona la norma y el artículo que le aplica a cada proceso, esta herramienta le permite a la entidad aclarar y tener una guía de aplicación y responsabilidad sobre la actualidad de las normas vigentes en el cumplimiento de sus operaciones. Es conveniente que los responsables o líderes de los procesos verifiquen que en esta herramienta se incluya oportunamente las normas vigentes; en prueba adelantada se constato que en el proceso de Talento Humano no se incluyo la Ley 909 de 2004.

Información secundaria, esta determinada por los actos administrativos proferidos por la entidad, como acuerdos, resoluciones, manuales de funciones, memorandos, circulares, procedimientos, informes de gestión y de auditoria entre otros; estos documentos son fuente para consulta y como insumos para las tareas a realizar, los documentos son divulgados en las capacitaciones programadas, además se presentan en la pagina Web para consulta de funcionarios y ciudadanía. En razón a la rotación de personal, es necesario que se implemente una acción de divulgación, que permita lograr mejor y efectivo conocimiento de la información primaria y secundaria que se maneja en la entidad y que se debe aplicar.

Sistemas de información, la entidad cuenta con la página Web, la intranet, carteleras y perifoneo. En cuanto aplicativos se maneja el SIGMA y hojas en Excel producto de desarrollos propios. En concordancia con los compromisos establecidos en las acciones propuesta en el Plan de Mejoramiento, se hizo la solicitud a la Secretaría de Salud Distrital sobre los recursos necesarios para adquirir un sistema de información en una sola plataforma y con este superar las falencias que presentan los aplicativos que manejan actualmente, el resultado de la solicito ante la Secretaría fue de no viabilidad para el suministro de estos recursos.

Memoria institucional, la entidad cuenta con un espacio como archivo central en la sede administrativa y cada área dispone de un espacio para los archivos de gestión, en el reposan algunas unidades documentales, de otra parte se tiene implementado un formato de inventario documental el cual es usado para las transferencias primarias. En coherencia con la Ley 594 de 2000 se expidió la Resolución 00213 de 2010 se aprobaron y ajustaron las Tablas de Retención Documental (TRD), estas fueron sometidas a ajustes y aprobación por el Comité de Archivo de la entidad y socializadas en todos los procesos con que cuenta el hospital por el funcionario que maneja el archivo central como se evidencia en los registros de inducción en gestión documental y aplicación de Tablas de Retención Documental.

3.2.2.2.1 Hallazgo administrativo, los archivos de la gestión de Atención al Usuario, no se encuentran identificados con el código y serie documental de acuerdo a lo aprobado en las Tablas de Retención Documental (TRD); de otra parte hay series documentales que corresponden a informes de gestión e informes a organismos de control que se encuentran relacionados como archivos en la TRD, no se están llevando en las dependencias; incumpliendo la Resolución 00213 de 2010 procesos de Atención al Usuario, Talento Humano y Mejoramiento Continuo y Artículo 24 Ley 594 de 2000.

La calificación de éste componente es de 65% la cual lo ubica en un rango mediano de riesgo.

3.2.2.3 Componente comunicación pública

La comunicación informativa, está encauzada hacia la participación ciudadana, el Hospital tiene dispuesto el portafolio de servicios en cartelera, se dispone de la línea telefónica, email de la oficina de Atención al Usuario, la página Web, el perifoneo y el periódico San Blas al día. Otros espacios donde se participa con la ciudadanía son en la rendición de cuentas en este espacio interactúa la alta dirección y la ciudadanía y con las asociaciones de usuarios que son multiplicadores de información con la ciudadanía de la localidad.

La información del nivel directivo se da a conocer a los funcionarios del hospital a través de los comités, de plegables informativos, carteleras e intranet.

En éste Componente la calificación obtenida fue de 67% y el Subsistema Control de Gestión una calificación de 65% la cual lo ubica en un rango de mediano riesgo.

3.2.3. Subsistema Control de Evaluación

3.2.3.1 Componente autoevaluación de control.

La entidad cuenta con el Comité Coordinador de Control Interno esta integrado por el equipo MECI así: Gerente, Subgerente Administrativo, Subgerente Científico, Subgerente Financiero y Comercial, Jefe Oficina Control Interno Disciplinario, Jefe Oficina Atención al Usuario, Jefe Oficina de Planeación, Jefe Oficina Asesora Jurídica y actúa como Secretario la Jefe de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, durante la vigencia 2011 el comité se reunió en cuatro oportunidades. De acuerdo a los registros de actas del comité presenta las siguientes falencias: El las actas no se registra la aprobación del programa de control interno que se ejecuto durante la vigencia 2011, en algunas actas no se deja consignado el resultado de los compromisos dejados en actas anteriores, la asistencia al comité es de carácter obligatorio sin embargo la ausencia de algunos integrantes no se deja constancia del motivo de la no presencia, no todas las actas se llevaron en un registro no estandarizado de acuerdo al Sistema de Gestión de la Calidad. El comité es el escenario fundamental que garantiza la operacionalización de las acciones necesarias para el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del control interno en la entidad.

3.2.3.1.1 Hallazgo administrativo, en la vigencia 2011 no se dio cumplimiento a lo establecido en el MECI, en lo relacionado con el Comité Coordinador de Control Interno, en la vigencia citada únicamente se reunió cuatro veces y no como lo estipula la norma *"El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999"*, El Comité de Control Interno es la instancia superior para impulsar el control interno en las entidades públicas. No se cumplió con el numeral 5.3 del Modelo Estándar de Control Interno-MECI 1000:2005.

En éste componente la calificación obtenida fue de 60% la cual lo ubica en un rango de mediano riesgo.

3.2.3.2 Componente evaluación independiente

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, tiene la responsabilidad de la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a la gestión y a al plan de mejoramiento, también consolida los resultados a través de informes; la oficina realizó auditorias de acuerdo a una programación establecida a los procesos en la vigencia fiscal de 2011, se evidenciaron informes y planes de mejoramiento orientados a subsanar las situaciones no deseadas detectadas en las dependencias auditadas.

La oficina esta ubicada en el nivel directivo, las evaluaciones fueron realizadas conforme a la metodología MECI, el resultado de las evaluaciones y el seguimiento al plan de mejoramiento institucional se presentan en el Comité Coordinador de Control Interno.

La calificación en éste componente fue de 76 % la cual lo ubica en un rango de bajo riesgo.

3.2.3.3 Componente planes de mejoramiento

Como resultado de auditorias internas y externas que se adelanta a la entidad y de acuerdo con las observaciones y/o hallazgos de auditorias consignados en los informes de auditoria, se generan los Planes de Mejoramiento institucional y por procesos, en estos se formulan las acciones convenientes para subsanar los hallazgos, se establece el responsable, las fechas de inicio y terminación de la acción propuesta. Los auditores de e Gestión Publica y Autocontrol hacen seguimientos a la efectividad y eficacia de las acciones programadas.

Una debilidad que se presenta en este componente es que los funcionarios en número significativo desconocen el plan de mejoramiento del proceso al cual pertenecen.

En cuanto a los planes de mejoramiento individual se establecen de acuerdo a la evaluación del desempeño, sin embargo si la calificación es óptima no se instauran, es de recordar que el accionar lo debe ejecutar cada funcionario con el objetivo de mejorar su desempeño y del proceso organizacional al cual pertenece y se debe tener presente los parámetros tiempo y espacio definido, estos planes individuales deben guardar coherencia con la evaluación del área y /o proceso.

Este componente obtuvo una calificación de 70%. El subsistema control de la evaluación obtiene una calificación de 65% la cual lo ubica en un rango de mediano riesgo.

CUADRO 10
AGREGACION GENERAL DE RESULTADOS
AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS	CALIFICACION	PROMEDIO
1. CONTROL ESTRATÉGICO	1.1. AMBIENTE DE CONTROL	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	66%	65%
		Desarrollo del Talento Humano		
		Estilos de Dirección		
	1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Planes y Programas	66%	
		Modelos de Operación por Procesos		
		Estructura Organizacional		
	1.3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Contexto estratégico	64%	
		Identificación de Riesgos		
		Análisis de Riesgos		
Valoración de Riesgos				
2. CONTROL DE GESTIÓN	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	Políticas de Operación	63%	65%
		Procedimientos - Manual de Procedimientos		
		Controles		
		Indicadores		
	2.2. INFORMACIÓN	Información Primaria	65%	
		Información Secundaria		
		Sistemas de Información		
	2.3. COMUNICACIÓN PÚBLICA	Comunicación Organizacional	67%	
		Comunicación Informativa		
Medios de Comunicación				
3. CONTROL DE EVALUACIÓN	3.1. AUTOEVALUACIÓN	Autoevaluación de control	60%	65%
		Autoevaluación de Gestión		
	3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno	76%	
		Auditoría Interna		
		Plan de Mejoramiento Institucional		
	3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	Plan de Mejoramiento por Procesos	65%	
		Plan de Mejoramiento Individual		
CALIFICACION CONTROL INTERNO			66%	

Fuente: Evaluación Sistema de Control Interno

3.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES

Analizadas las cuentas del Balance General del Hospital San Blas a Diciembre 31 de 2011, el activo total ascendió a \$38.784.758.999,50, de este las cuentas más representativas corresponden a deudores con \$13.182.192.540,19 que representa el 33.99% del total del activo, la cuenta otros activos por valor de \$16.348.877.252,70 la cual representa el 42.15%, en esta se destaca la valorización de los terrenos y edificaciones por valor de \$14.087.235.970,00.y la cuenta efectivo por valor de \$772.922.282,23 representa el 1.99%.

La cuenta 14 Deudores donde se registra las cuentas por cobrar o sea la cartera del hospital presenta un comportamiento ascendente en diciembre 31 de 2011, es así como de \$12.881.738.672,20 de Diciembre de 2010 pasa a \$13.182.192.540,19, lo cual indica que aumento \$300.453.868, que equivalen al 2.34%.

En lo concerniente al Pasivo presenta al finalizar la vigencia 2011 un valor de \$17.128.580.294,23 que al compararlo con la cifra de la vigencia 2010 de \$14.116.638.894,99 presenta un incremento de \$3.011.941.399,24 que equivale a un 21.34%. En el pasivo las cuentas 24 Cuentas por pagar, con un valor de \$11.984.794.033,77 y 25 Obligaciones laborales por valor de \$4.409.304.864,16 son las más dicientes o representativas.

De acuerdo con el Desarrollo de los programas se estableció lo siguiente:

3.3.1 EFECTIVO \$772.922.482,23

Esta cuenta a 31 de diciembre de 2011 presento los siguientes saldos:

1105 Caja	\$ 9.578.877,00
1110 Bancos	763.343.605,23
Total	\$772.922.482,23

En lo relativo a los bancos se manejan cuentas de ahorro (7) y una cuenta corriente, se revisaron las conciliaciones bancarias de las ocho (8) cuentas y se estableció lo siguiente:

3.3.1.1 Hallazgo Administrativo.

El hospital realiza contratos con los Fondos de Desarrollo Local, este dinero es depositado en cuentas de ahorro las cuales producen unos intereses, en el año 2011 estos réditos ascienden a la suma de \$1.537.970,10, estos no son dineros del hospital corresponden a recursos del FDL, por consiguiente la cuenta banco presenta una sobrevaloración en ese valor y la contrapartida que es 480522 intereses sobre depósitos también presenta esta sobrevaloración.

Con lo anteriormente expuesto se denota la falta de control, evaluación, confrontación y seguimiento a los registros efectuados en estas cuentas, afectando la confiabilidad, veracidad y consistencia de las cifras contables, por lo cual se presenta una trasgresión a los Objetivos de la Información Contable Pública, Características Cualitativas de la Información Contable Pública, Principios de Contabilidad Pública y Normas Técnicas de Contabilidad Pública del Plan General de Contabilidad Pública adoptados mediante Resolución 355 de 2007 emanada de la Contaduría General de la Nación.

Lo cual ocasiona que la cuenta no sea razonable.

3.3.2 DEUDORES \$13.182.192.540,19

Esta cuenta esta constituida de la siguiente manera, así:

CUADRO 11
CUENTA 14 DEUDORES
SALDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

pesos				
CODIGO	NOMBRE	S/G ESTADOS CONTABLES A 31-12-11	S/G Estados Contables A 31-12-10	VARIACION
14	DEUDORES	13.182.192.540	12.881.738.672	300.453.868
1409	Servicios de Salud	10.803.755.240	9.494.287.487	1.309.467.753
1420	Avances y Anticipos Entregados	0	21.500.000	-21.500.000
1424	Recursos Entregados en Administración	1.639.468.515	1.462.010.663	177.457.852
1425	Depósitos entregados en garantía	80.000.000	0	80.000.000
1470	Otros Deudores	15.821.739	1.511.410.133	-1.495.588.394
1475	Deudas de Difícil Cobro	3.458.395.354	3.123.200.026	335.195.328
1480	Provisión para Deudores	-2.815.248.308	-2.730.669.637	-84.578.671

Fuente: Estados Contables y Libro Mayor H San Blas SIVICOF

Como se observa la partida más representativa es la 1409 Servicios de Salud, presenta un saldo de \$10.803.755.240 y la cuenta 1475 Deudas de Difícil Cobro por valor de \$3.458.395.354, incluyen cuentas que no han sido aclaradas con la administración de las EPS, IPS y otras entidades pagadoras, presentan glosas o

no están conciliadas, las entidades pagadoras al realizar el pago no reportan que facturas son las que se pagan, es de anotar que las deudas de difícil cobro no están totalmente protegidas o provisionadas.

Al sumar las dos (2) partidas presentan un valor de \$14.262.150.594, lo cual me indica una incertidumbre de estas cuentas por lo anotado anteriormente.

Con lo anteriormente expuesto se denota la falta de control, evaluación, confrontación y seguimiento a los registros efectuados en estas cuentas, afectando la confiabilidad, veracidad y consistencia de las cifras contables, por lo cual se presenta una trasgresión a los Objetivos de la Información Contable Pública, Características Cualitativas de la Información Contable Pública, Principios de Contabilidad Pública y Normas Técnicas de Contabilidad Pública del Plan General de Contabilidad Pública adoptados mediante Resolución 355 de 2007 emanada de la Contaduría General de la Nación.
Lo cual ocasiona que la cuenta no sea razonable.

3.3.3 Propiedad Planta y Equipo \$7.781.938.771,55

Esta cuenta a 31 de Diciembre de 2011 se conforma de la siguiente manera, así:

CUADRO 12
CUENTA 16 Propiedad Planta y Equipo
SALDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

CODIGO	NOMBRE	pesos		VARIACION
		S/G ESTADOS CONTABLES A 31-12-10	S/G Estados Contables A 31-12-09	
16	Propiedad Planta y Equipo	7.781.938.771	7.484.324.879	297.613.892
1605	Terrenos	2.275.766.900	2.275.766.900	0
1635	Bienes muebles en bodega	476.857.343	1.146.321.206	-669.463.863
1636	Propiedad Planta en mantenimiento	522.378.335	522.378.335	0
1637	Propiedad Planta no explotado	961.549.779	164.540.498	797.009.281
1640	Edificaciones	2.495.716.676	2.495.716.676	0
1650	Redes Líneas cables	372.046.368	278.745.993	93.300.375
1655	Maquinaria y Equipo	154.557.769	177.385.400	-22.827.631
1660	Equipo Medico Científico	5.393.877.118	5.245.033.656	148.843.462
1665	Muebles Enseres Equipo Oficina	692.852.703	683.522.093	9.330.610
1670	Equipo Comunicación Computación	1.239.105.347	1.095.275.753	143.829.594
1675	Equipo Transporte Tracción Elevación	315.338.583	398.779.517	-83.440.934
1680	Equipo Comedor Cocina Despensa	158.322.164	190.082.466	-31.760.302
1685	Depreciación Acumulada	-7.259.603.439	-7.172.396.880	87.206.559
1695	Provisión Protección Planta Equipo	-16.826.875	-16.826.875	0

Fuente: Estados Contables y Libro Mayor H San Blas SIVICOF

Es de anotar que el Hospital viene realizando Inventarios dos (2) veces al año, para evitar cualquier distorsión en estas cuentas, se verifico dicho inventario a 31 de Diciembre de 2011 y las respectivas conciliaciones entre las áreas de contabilidad e inventarios, lo cual ocasiona que la cuenta sea razonable.

3.3.4 Cuentas por Pagar \$11.984.794.033,77

La cuenta 24 Cuentas por Pagar, a 31 de Diciembre de 2011, se conforma de la siguiente manera, así:

CUADRO 13
CUENTA 24 CUENTAS POR PAGAR
SALDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

CODIGO	NOMBRE	pesos		VARIACION
		S/G ESTADOS CONTABLES A 31-12-11	S/G Estados Contables A 31-12-10	
2	Pasivo	17.128.580.294	14.116.638.895	3.011.941.399
24	Cuentas por Pagar	11.984.794.033	9.006.831.680	2.977.962.353
2401	Adquisición de Bienes y servicios	4.801.701.944	941.548.257	3.860.153.687
2425	Acreedores	1.583.707.095	2.273.057.731	-689.350.636
2436	Retención en la fuente	144.991.000	146.947.000	-1.956.000
2440	Impuestos Contribuciones Tasas	535.600	0	535.600
2445	IVA	1.523.000	635.000	888.000
2450	Avances y Anticipos Recibidos	5.109.451.691	5.644.643.692	-535.192.001
2460	Créditos Judiciales	342.883.703	0	342.883.703

Fuente: Estados Contables y Libro Mayor H san Blas SIVICOF

Las cuentas por pagar representan el 69.97% del total del pasivo, esta se incremento en \$2.977.962.353, del año 2010 al 2011, la subcuenta más representativa es 2450 Avances y Anticipos Recibidos, en esta se plasman los convenios realizados con los fondos de desarrollo local.

Al confrontar las partidas de la cuenta 2401 Adquisición de Bienes y Servicios, no presentan atraso mayor a 365 días para su pago, es decir las cuentas son razonables.

3.3.5 Cuenta 2710 Provisión para Contingencias \$345.086.297,00

El saldo de esta cuenta a 31 de Diciembre de 2011, es de \$345.086.297, que al compararla con el saldo a 31 de Diciembre de 2010 de \$121.800.000 presenta un incremento de \$223.296.297, que corresponde al 283.32%, es de anotar que el Hospital pago un siniestro, el cual todavía esta en términos consagrados en la Ley 678 de 2001, situación frente a la cual este ente de Control estará atento.

3.3.6 La cuenta 91 Responsabilidades Contingentes

Esta cuenta se conformaba a 31 de Diciembre de 2011 de la siguiente manera:

Vigencia	2011	2010
9120 Litigios o demandas	\$2.193.490.551	\$1.700.669.842

Como se observa la cuenta 9120 presenta un aumento del año 2010 al 2011 en \$492.820.709, cifra que representa un 128.98%, en relación con el año anterior, lo cual implica que el hospital se puede ver incurso en pagos por estas demandas.

3.3.7 INGRESOS

Esta cuenta se conformo de la siguiente manera a 31 de Diciembre de 2011, así:

CUADRO 14
CUENTA 4 INGRESOS
SALDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

CODIGO	NOMBRE	pesos		VARIACION
		S/G ESTADOS CONTABLES A 31-12-11	S/G Estados Contables A 31-12-10	
4	INGRESOS	40.946.614.438	37.251.168.603	3.695.445.835
43	Venta de Servicios	39.036.949.457	34.432.781.156	4.604.168.301
4312	Servicios de Salud	39.046.100.226	34.486.069.407	4.560.030.819
4395	Devoluciones rebajas y descuentos	-9.150.769	-53.288.251	-44.137.482
48	Otros Ingresos	1.909.664.981	2.818.387.447	-908.722.466
4805	Financieros	112.735.193	353.605.356	-240.870.163
4808	Otros ingresos Extraordinarios	90.051.046	83.920.104	6.130.942
4810	Extraordinarios	520.394.912	554.099.868	-33.704.956
4815	Ajustes Ejercicios Anteriores	1.186.483.828	1.826.762.119	-640.278.291

Fuente: Estados Contables y Libro Mayor H San Blas SIVICOF

Durante la vigencia 2011, el hospital registró ingresos por \$40.946.614.438, siendo la venta de servicios de salud, la que mayor representa con \$39.036.949.457, y es el servicio de hospitalización el que mayores ingresos le representa a la institución con \$7.370.115.545, seguido de quirófanos y salas de parto con \$4.494.409.201.

En tanto que los otros ingresos le reportaron al hospital \$1.909.664.981, donde la cuenta ajustes ejercicios anteriores representa \$1.186.483.828,

Verificado selectivamente el registro contable de los ingresos por venta de servicios, arrendamientos y reconocimiento de contratistas por utilización de espacios del hospital y servicios públicos, se evidenció su registro oportuno y acorde con las normas contables, excepto lo concerniente a ingresos financieros los cuales están afectados por los intereses que rinden los depósitos de los dineros depositados por los Fondos de Desarrollo Local en la cantidad \$1.537.970,10, para el año 2011.

3.3.8 Gastos

Esta cuenta del estado de pérdidas y ganancias estaba conformada a 31 de Diciembre de 2011 de la siguiente forma:

CUADRO 15
CUENTA 5 GASTOS
SALDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

pesos				
CODIGO	NOMBRE	S/G ESTADOS CONTABLES A 31-12-11	S/G Estados Contables A 31-12-10	VARIACION
5	Gastos	13.579.956.622	7.387.006.689	6.192.949.933
51	Administración	6.230.463.799	3.849.842.731	2.380.621.068
53	Provisiones	1.593.392.847	324.553.749	1.268.839.098
58	Otros gastos	5.756.099.976	1.390.639.131	4.365.460.845

Fuente: Estados Contables y Libro Mayor H San Blas SIVICOF

El Hospital durante la vigencia 2009, registró gastos por valor de \$13.579.956.622, que al compararlos con la vigencia 2010 presenta un incremento del 183.84% equivalente a \$6.192.949.933. Los gastos de administración corresponden al 45.88% es decir \$6.230.463.799.

En cuanto a los costos, ascendieron a \$32.544.122.244, lo que representa un 79.48% frente a los ingresos, quedando el 20.52% para cubrir los demás gastos.

Efectuada la evaluación del registro contable de los gastos generados en los pagos de los contratos seleccionados en la muestra de contratación, se establece que estos se encuentran ajustados a las normas contables vigentes.

En cuanto al resultado del ejercicio la situación de la entidad ha sido deficitaria, al tener en el ejercicio auditado pérdida de \$5.177.464.429, que comparado con el del periodo anterior (\$902.487.598) su resultado se incremento en \$4.274.976.831.

3.3.8.1 Hallazgo Administrativo.

En lo concerniente a los otros gastos por valor de \$5.470.096.664, lo cual ocasiona que la perdida del hospital sea mayor, se tiene que se debe a los siguientes factores.

Perdida en retiros de activos	\$ 29.584.921
Glosas definitivas FFDS	4.893.045.233
Glosas definitivas evento 2009-2011	390.114.701
Glosas definitivas vigencias anteriores	40.969.919
Recobros	116.381.890
Total	\$5.470.096.664

En lo relativo a glosas se presenta perdida, la oficina de Control Disciplinario esta realizando la investigación para determinar si hay responsable de las mismas. Este ente de control estará atento al resultado del mismo.

CONTROL INTERNO CONTABLE

Aspectos Generales.

Como resultado de la evaluación del control interno contable se evidenció que la entidad tiene una oficina de Contabilidad en cumplimiento del artículo 5º de la Ley 298 de 2000. Así mismo y de conformidad con lo señalado por la Contaduría General de la Nación en el párrafo 342 del numeral 9.2.3 del Plan General de Contabilidad Pública, el Hospital San Blas lleva los libros de contabilidad auxiliares y principales en medios físico y electrónico los cuales se generan a través del software SIGMA.

Se observó la existencia de manuales de procesos y procedimientos para el área contable y financiera, así como también cuenta con manuales de sistemas. De

igual manera aplica para el registro de sus operaciones las técnicas contables descritas en el Régimen de Contabilidad Pública.

En los archivos del área contable reposan los soportes y documentos de los registros de los hechos financieros, económicos y sociales y se llevan debidamente organizados.

Se efectúan las conciliaciones entre contabilidad con las oficina de tesorería, central de cuentas, propiedad planta y equipo, farmacia y cartera. Las cuales presentan diferencias y no son solucionadas dentro del siguiente ciclo contable.

El paquete contable utilizado por el Hospital, presenta demasiadas fallas en el cargue de la información por cuanto no permite integrar con facilidad las diferentes áreas por intermedio de interfaces.

Aspectos Específicos.

La propiedad planta y equipo se encuentra debidamente contabilizada y conciliado entre contabilidad y el modulo que maneja esta cuenta. Se posee los títulos de propiedad, así como se les efectúa la respetiva depreciación. Elaboran el inventario físico dos (2) veces cada año.

Las cuentas por pagar se registran con base en los documentos soporte, estas tienen menos de 365 días para cumplir con ellas.

La entidad no presenta pasivos pensionales por cuanto éstos se encuentran en los Fondos de pensiones y el Seguro Social.

Concepto Control Interno Contable

Para la evaluación del control interno contable, se tienen observaciones como las de la cuenta bancos donde se contabilizan dineros que no son del hospital lo cual conlleva que el valor reflejado en esta cuenta este sobrevalorado, la cuenta deudores incluyen cuentas que no han sido aclaradas con la administración de los diferentes entes pagadores, ya que presentan glosas o no están conciliadas. Por lo cual se concluye que este no es confiable.

CONCLUSIONES ESTADO CONTABLES AÑO 2011

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de auditoria Gubernamental compatibles con las de General Aceptación, así como las políticas

y procedimientos de auditoria establecidos por la Contraloría de Bogotá. El análisis incluyó el examen sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan las cifras de los Estados Contables, el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno, arrojando las siguientes observaciones:

El saldo registrado en la cuenta 1110 Bancos y Corporaciones por valor de \$763.343.605,23 no es real, se encuentra sobrevalorada en cuantía de \$1.537.970,10, son intereses bancarios provenientes de convenios realizados con el Fondo de Desarrollo Local de San Cristóbal lo cual ocasiona que la cuenta no sea razonable.

La cuenta 1409 Servicios de Salud (\$10.803.755.240) y la cuenta 1475 Deudas de Difícil Cobro (\$3.458.395.354), que al sumarlas son \$14.262.150.594, incluyen cuentas que no han sido aclaradas con la administración de las EPS, IPS y otras entidades pagadoras, presentan glosas o no están conciliadas, las entidades pagadoras al realizar el pago no reportan que facturas son las que se pagan, es de anotar que las deudas de difícil cobro no están totalmente protegidas o provisionadas. Lo cual ocasiona una incertidumbre en dichas partidas y que ellas no sean razonables en \$14.262.150.594.

En cuanto al resultado del ejercicio la situación de la entidad ha sido deficitaria, al tener en el ejercicio auditado pérdida de \$5.177.464.429, que comparado con el del periodo anterior (\$902.487.598) su resultado se incremento en \$4.274.976.831.

El control interno contable no es confiable por las inconsistencias presentadas en las diferentes cuentas que componen el Balance General y el Estado de Perdidas y Ganancias.

3.4. EVALUACION AL PRESUPUESTO

La Evaluación Presupuestal adelantada al Hospital San Blas II NIVEL, ESE, para la vigencia 2011, se realizó tomando como base el Objetivo General, los Objetivos Específicos y las pruebas de Auditoría establecidas en los Programas de Auditoria para la realización de la AGEIMR Ciclo III PAD 2012. El objetivo general fue evaluar la gestión presupuestal a 31 de diciembre de 2011 del Hospital, con el propósito de determinar la exactitud, oportunidad, efectividad e integridad de los registros, así como el acatamiento de las disposiciones legales vigentes.

Es así como, la Junta Directiva del Hospital San Blas II Nivel de Atención E.S.E., con el Acuerdo No. 015 del 15 de octubre de 2010, emitió concepto favorable al Proyecto de Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones para la vigencia fiscal 2011, por valor de \$39.186.000.000. El Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal (CONFIS), aprueba en su reunión No. 16 del 25 de Octubre del año 2010, el presupuesto de rentas e ingresos y de gastos e inversión del Hospital, posteriormente, el Gerente de la ESE, con Resolución No. 0318 del 28 de Diciembre de 2010, liquida el presupuesto de Rentas e ingresos y de Gastos e inversiones del Hospital, para la vigencia fiscal 2011 por \$39.186.000.000.

En la vigencia 2011, el presupuesto presenta modificaciones, adiciones y traslados presupuestales los cuales se analizaron y estos son acordes con lo ordenado en el decreto 195 de 2007, el inconveniente es que realizan catorce (14) modificaciones, lo cual nos da más de uno por mes.

3.4.1 EJECUCIÓN ACTIVA

Ejecución de ingresos

CUADRO 16
PRESUPUESTO DE RENTAS E INGRESOS Hospital San Blas II Nivel ESE
Pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO DEFINITIVO 31-12-2011	Recaudo a 31-12-2011	% de Ejecución
DISPONIBILIDAD INICIAL	3.578.001.096	3.578.001.096	100
INGRESOS	42.924.470.851	32.262.025.976	75.13
RECURSOS DE CAPITAL	120.000.000	34.414.802	0.29
TOTAL INGRESOS + Disponibilidad Inicial	46.502.471.947	35.840.027.072	77.07

Fuente: Ejecución Presupuestal, SIVICOF.

Como se observa el recaudo a 31 de diciembre de 2011, fue de solo el 77.07% que equivale a \$35.840.027.072, donde el Hospital dejo de percibir en su presupuesto la suma de \$10.662.444.875, esto debido a la crisis que se ha generado en sector salud no solamente en el Distrito capital, sino en todo el país.

CUADRO 17

PRESUPUESTO DE INGRESOS Hospital San Blas II Nivel ESE

Pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO DEFINITIVO 31-12-2011	Recaudo a 31-12-2011	% de Ejecución
Ingresos Corrientes	42.804.470.851	32.227.611.174	75.29
FFDS-Atención a vinculados	16.243.000.000	13.088.498.243	80.58
Atención Prehospitalaria	445.200.000	557.518.508	1.25
Atención Línea Emergencia	296.800.000	0	0
FFDS- venta de servicios sin situación de fondos	3.999.000.000	3.999.000.000	100
Régimen Contributivo	345.000.000	290.148.909	84.10
Régimen Subsidiado - capitado	1.444.000.000	967.333.273	66.99
Régimen Subsidiado – No capitado	6.764.000.000	4.559.864.362	67.41
SOAT	253.945.120	494.903.374	1.95
FOSYGA	44.813.844	0	0
Cuotas de recuperación y Copagos (FFDS)	735.396.731	717.670.797	97.59
Cuotas recuperación y copagos Otro pagadores	245.132.244	199.845.602	81.53
Particulares	15.863.523	0	0
Fondo de Desarrollo Local	3.738.470.851	2.302.240.704	61.58
Entes Territoriales	33.586.421	204.474.774	6.09
Otros Pagadores venta de servicios	123.262.117	158.693.020	1.29
Productos	6.687.000.000	3.111.936.144	46.54
Otras rentas Contractuales	1.250.000.000	1.342.798.616	1.07
Otros ingresos No tributarios	140.000.000	232.684.848	1.66
TOTAL INGRESOS CORRIENTES	42.804.470.851	32.227.611.174	75.29

Fuente: Ejecución Presupuestal, SIVICOF.

Quando se discrimina los ingresos hay partidas que no registran ingresos como son particulares y Fosyga y otras donde se recauda seis (6) veces lo presupuesto como es entes territoriales.

Al comparar la cifra de lo realmente recaudado que corresponde a \$32.227.611.174, con la registrada en lo disponible en la Ejecución Activa de \$42.804.470.851, se presenta un menor valor recaudado por valor de \$10.576.859.677. Esta situación evidencia, la carencia de una adecuada planeación del presupuesto, dado que la Administración del Hospital no disminuyo estos recursos y por consiguiente el valor menor en ingresos no lo tuvo en cuenta en el presupuesto de gastos.

CUADRO 18

Comportamiento de los ingresos vigencias anteriores.
RECAUDO VIGENCIAS 2008 – 2011

(Pesos)

NOMBRE CUENTA	2008	2009	2010	2011	TOTAL RECAUDO
Disponibilidad inicial	1.646.535.890	1.269.518.326	2.766.344.683	3.578.001.096	9.260.399.995
Ingresos Corrientes	31.936.914.527	34.487.739.121	38.394.171.660	32.227.611.174	137.046.436.482
Recursos de capital	0	48.297.475	113.559.163	34.414.802	196.271.440
TOTAL INGRESOS MAS DISPONIBILIDAD INICIAL	33.583.450.417	35.805.554.922	41.274.075.506	35.840.027.072	146.503.107.917

Fuente: Ejecución presupuestal SIVICOF

Como se observa el Hospital San Blas en 2011 obtiene unos recaudos similares a 2009, cuando Colombia tiene una economía inflacionaria, es decir, con ese nivel de ingresos no puede subsistir este hospital, con lo cual probablemente se vea abocado a una crisis severa en 2012 o en años posteriores, su nivel de ingresos es demasiado bajo.

3.4.1.1 Hallazgo Administrativo.

En lo concerniente a los recursos de capital son los ingresos por rendimientos por operaciones financieras los cuales se encuentran afectados por los recursos originados en parte por los convenios con el Fondo de Desarrollo Local de San Cristóbal, que para el año 2011, recibió por intereses en la cuenta de ahorros 008400671296 la suma de \$563.625,28 y lo mismo sucede con la cuenta de ahorros 008400673656 por valor de \$974.344,82, lo cual contraviene lo dispuesto en el artículo 51 del Decreto Distrital 195 de 2007.

El cual dispone: “Los rendimientos de inversiones financieras obtenidos con recursos de transferencias de Administración Central, pertenecen a ésta. En consecuencia, cuando se causen deberán consignarse en la Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Tesorería en los términos que ésta señale. Los rendimientos financieros de las rentas de destinación específica cualquiera que sea su origen tendrán el mismo destino que el de su origen”.

Ocasionando que los registros presupuestales se encuentren sobrevalorados y el Hospital utilice unos dineros que no son de su propiedad.

3.4.2 EJECUCIÓN PASIVA.

La ejecución de egresos presento el siguiente comportamiento.

CUADRO 19

PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES AÑO 2011

(Pesos)

NOMBRE DE CUENTA	APROPIACION DEFINITIVA	TOTAL COMPROMISOS ACUMULADOS	% EJEC. PPSTAL	GIROS ACUMULADOS	% EJEC. GIROS
Servicios Personales	3.585.841.124	3.212.126.141	89.58	3.097.719.097	96.44
Gastos Generales	4.096.222.260	4.024.372.377	98.25	2.366.949.459	58.82
Cuentas por Pagar Funcionamiento	773.377.069	773.377.069	100	559.493.067	72.34
Gastos de Operación	36.432.299.678	34.695.765.369	95.23	26.580.004.548	76.61
Inversión Directa	870.000.000	716.673.011	82.38	2.916.000	0.41
Cuentas por Pagar Inversión	744.731.816	744.731.816	100	637.878.424	85.65
TOTAL GASTOS	46.502.471.947	44.167.045.783	94.98	33.244.960.595	75.27

Fuente: Ejecución Presupuestal SIVICOF

De un disponible de \$46.502.471.947 en el año 2011, el Hospital, compromete el 94.98%, equivalente a \$44.167.045.783, pero tan solo gira el 75.27%, que equivale a \$33.244.960.595.

Al analizar estas cifras se tiene que en gastos de operación es el rubro que presenta la mayor acumulación de egresos, es decir al comparar \$36.432.299.678 con el total de Gastos de \$46.502.471.947 representa un 78.35%, en este sobresale la partida destinada a contratación de servicios asistenciales la cual es de \$9.637.752.639, que a su vez es mayor que lo contemplado en sueldos de personal de nomina cuyo valor es \$5.929.341.535.

CUADRO 20
COMPROMISOS PRESUPUESTALES POR MES VIGENCIA 2011 GASTOS

Millones de pesos

MESES	APROPIACIÓN DISPONIBLE (1)	COMPROMISOS DEL MES (2)	% EJECUCIÓN DEL MES (3=2/1)	% PART. DEL MES 4=(2/Total)
Enero	36.606.000.000	5.530.751.332	15.11	12.52
Febrero	36.606.000.000	4.381.885.196	11.97	9.92
Marzo	40.250.170.851	3.633.932.255	9.03	8.23
Abril	43.828.171.947	2.803.935.084	6.40	6.35
Mayo	43.828.171.947	5.615.189.681	12.81	12.71
Junio	43.828.171.947	5.122.535.136	11.69	11.60
Julio	43.828.171.947	3.590.083.977	8.19	8.13
Agosto	43.828.171.947	1.513.118.493	3.45	3.43
Septiembre	46.408.171.947	3.031.957.556	6.53	6.86
Octubre	46.408.171.947	2.362.909.689	5.09	5.35
Noviembre	46.408.171.947	1.839.699.586	3.96	4.17
Diciembre	46.502.471.947	4.741.047.798	10.20	10.73
Total ejecución		44.167.045.783		

Fuente: Formatos SIVICOF – CB-0103 – Ejecución Presupuestal de Gastos e Inversión mensualizado

Si se comparan con respecto al mes se tiene que Enero de 2011 es donde más compromisos se adquieren al confrontar los \$5.530.751.332 con un menor presupuesto ya que no se habían realizado las modificaciones alcanzando un porcentaje del 15.11%, pero al compararlo con el año se observa que el mes donde más se comprometió es mayo alcanzando un 12.71% del total comprometido que es de \$44.167.045.783.

En lo concerniente al proyecto Plataforma tecnológica, este presenta atraso ya que el año 2011 comprometen \$399.957.539 de los cuales no realizan ningún giro, mientras no giren los dineros están comprometidos pero el proyecto no tiene ejecución alguna.

3.4.2.1 Hallazgo Administrativo.

El Hospital san Blas en el año 2011 tiene unos ingresos por valor de \$35.840.027.072 sin embargo compromete recursos por valor de \$44.167.045.783, originando un desequilibrio presupuestal y comprometiendo recursos sin tener un respaldo real en cuantía de \$8.327.018.711, contraviniendo lo expresado en el artículo 30 del Decreto Distrital 195 de 2007, el cual establece:

“ARTÍCULO 30. SUSPENSIÓN DE APROPIACIONES.

El Representante Legal de cada Empresa deberá suspender total o parcialmente las apropiaciones presupuestales, en caso de ocurrir alguno de los siguientes eventos:

a) Cuando se estime que los recaudos del año puedan ser inferiores al total de las apropiaciones financiadas con tales recursos”.

Lo cual ocasiona que el Hospital comprometa recursos sin capacidad de pago conllevando una posible crisis en el próximo año o posteriores.

3.4.3 Obligaciones por Pagar

Estas cuentas presentan el siguiente comportamiento en el año 2011:

CUADRO 21
OBLIGACIONES POR PAGAR

Millones de Pesos

Cuenta	Saldo a 2010	Pagos 2011	Saldo a 31-12-2011
Cuentas por Pagar INVERSION	744.731.816	637.878.424	106.853.392
Cuentas por pagar Funcionamiento	773.377.069	559.493.067	213.884.002
Cuentas por Pagar Comercialización	2.775.828.827	1.321.740.414	1.454.088.413
TOTAL	4.293.937.712	2.519.111.905	1.774.825.807

Fuente: Sivicof

Como se observa el hospital de \$4.293.937.712 de las cuentas por pagar en el año 2011 solo paga el 58.67%, equivale a \$2.519.111.905 y no paga la suma de \$1.774.825.807.

3.4.4 OPINIÓN PRESUPUESTAL

Para la opinión se desarrolla unos indicadores y se plasman en el siguiente cuadro, así:

CUADRO 22
EVALUACION AL PRESUPUESTO 2011

ELEMENTO A EVALUAR	Calificación (1)	Porcentaje (2)	(1)*(2)/100
1. Nivel de ejecución presupuestal de ingresos	0.75	5	3.75
2. Nivel de utilización de recursos	0.77	2	1.54
3. Ejecución presupuestal de gastos	0.71	3	2.13
4. Nivel autorización de giro	0.75	3	2.25
5. Ejecución de OXP	0.58	2	1.16
SUMATORIA		15%	10.83

Fuente: Sivicof

Del cuadro precedente se tiene que el hospital alcanza un 72.2% de la calificación, por consiguiente el nivel para una adecuada calificación tiene que ser superior al 75%, lo que me indica que no es satisfactorio la calificación alcanzada por el hospital.

Por lo anterior, en nuestra opinión, la gestión presupuestal desplegada por el Hospital de San Blas II Nivel, ESE, durante la vigencia fiscal de 2011 fue ineficiente.

Por ultimo el Decreto Distrital 195 de 2007 señala lo siguiente:

ARTÍCULO 35. UTILIDADES.

Las utilidades de las Empresas Industriales y Comerciales Societarias del Distrito y de las Sociedades de Economía Mixta del orden distrital son de propiedad del Distrito en la cuantía que corresponda, de acuerdo con su participación en el capital de las mismas.

El CONFIS Distrital impartirá instrucciones, de carácter vinculante, a los representantes del Distrito y de sus entidades en las Asambleas de Accionistas de las Empresas Societarias y en las Juntas de Socios de las Sociedades de Economía Mixta, sobre las utilidades que se capitalizarán, reservarán y las que se repartirán a los accionistas como dividendos.

Por analogía las pérdidas deben de ser asumidas por el Distrito.

3.5. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

Durante la vigencia 2011, el Hospital San Blas II Nivel de Atención, celebró 2.994 actos administrativos, de los cuales (1.120) fueron contratos principales, (7) adiciones del 2009;(806) del 2010, (1.061) del 2011 y 30 prorrogas, por una cuantía de \$19.221.9, millones de pesos.

Del universo de la contratación, en la vigencia 2011, se observó que de los 2.994 actos administrativos (contratos) celebrados por la administración del hospital, 2.600 corresponde a servicios de apoyo a la gestión y servicios asistenciales de salud, es decir el 86.9% de toda la contratación celebrada en la vigencia del 2011, como se observa en la siguiente tabla.

CUADRO No. 23
CONTRATACIÓN DISCRIMINADA DE LA VIGENCIA 2011

Millones de pesos

TIPO DE CONTRATO	NÚMERO DE CONTRATOS PRINCIPALES	VALOR CONTRATOS PRINCIPALES	NÚMERO ADICIÓN	VALOR ADICIONES	VALORES FINALES
compraventa	22	777,6	5	220,6	998,2
Arrendamiento de bienes muebles	2	8,8	1	19	27,8
Servicios de mantenimiento y/o reparación	7	139,0			139,0
Servicios Apoyo a la Gestión de la Entidad (servicios administrativos)	298	762,0	546	1106,9	1868,9
Servicios Asistenciales de Salud	560	2762,7	1196	3664,8	6427,5
Suministro de Servicio de Aseo			2	51,4	51,4
Suministro de Alimentos	3	1463,0	1	7,5	1470,5
Suministro de Medicamentos	53	797,4	16	144,2	941,6
Otros suministros	133	1991,1	56	1306,9	3298,0
Otros Servicios	42	3616,7	21	382,3	3999,0
Total	1.120	1.2318,3	1.844	6.903,6	19.221,9

Fuente: Análisis grupo auditor.

La escogencia de la muestra se determinó en cumplimiento de la metodología prevista por la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, para efectos de la misma, se tomó como base treinta y tres (34) contratos por la suma de \$5.679.9. millones de pesos equivalente a un 29.6% del valor de la contratación celebrada durante la vigencia 2011.

De la muestra anterior, se examinó los aspectos que intervienen en el desarrollo de los contratos, teniendo en cuenta las etapas pre-contractuales, contractuales y post contractuales, bajo la observancia de las disposiciones legales que para este evento establecen las reglas y principios del régimen de contratación privada y pública.

CUADRO No. 24
Muestra de CONTRATACIÓN vigencia 2011

Millones de pesos

Numero contrato	Nombre	Objeto	valor recursos
1191	ANDRES LISIMACO SABOGAL GUTIERREZ	Suministro e instalación de tablero eléctrico para el hospital San Blas	\$ 34.1
1177	SODEXO SOLUCIONES DE MOTIVACION COLOMBIA SA	Compra de bonos de dotación ropa y calzado para funcionarios del hospital San Blas	\$ 15.6
1069	GLOBALTEK SECURITY S.A.	Compra de licencia del software para el firewall	\$ 21.0
1022	QUIRUMEDICAS LTDA	Suministro de insumos de limpieza y desinfección	\$ 39.5
1010	COMERCIALIZADORA FIJACION EXTERNA LTDA	Suministro de material médico quirúrgico	\$ 53.0
988	SURGICON S.A.	Suministro de insumos de limpieza y desinfección	\$ 22.0
980	PHARMEUROPEA DE COLOMBIA	Suministro de material médico quirúrgico	\$ 52.5
908	QUINBERLAB LTDA	Suministro de insumos para el laboratorio clínico del hospital San Blas	\$ 46.3
875	CARLOS ALBERTO FORERO MAYORGA	Suministro de alimentos a los pacientes hospitalizados (pisos y urgencias), prestación del servicio de lactario,	\$ 535.0
858	PAOLA ANDREA GARCIA COLORADO	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos del hospital San Blas	\$ 34.4
857	PAOLA ANDREA GARCIA COLORADO	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos del hospital San Blas	\$ 28.7
827	FERRETERIA COMERCIAL DE LA CONSTRUCCION LTDA.	Suministro materiales eléctricos de ferretería y construcción	\$ 53.5
494	FANNY RUBIO GUEVARA	Apoyar las actividades que desarrolla el área de financiera del hospital en su calidad de auditora	\$ 11.2
493	YULI ALBARRACIN RINCON	Apoyar las actividades que desarrolla el área de financiera en su calidad de coordinadora de facturación	\$ 9.6
492	MAURICIO ARIZA PINTO	Apoyar las actividades que desarrolla el área de financiera en su calidad de profesional en presupuesto	\$ 9.2
466	PHARMEUROPEA DE COLOMBIA	Suministro de material médico quirúrgico	\$ 52.5
407	SUMISERVICIOS CLINICOS	Suministro de útiles de oficina y elementos de computo	\$ 53.2
58	PAOLA ANDREA GARCIA COLORADO	Suministro de material médico quirúrgico para el hospital San Blas	\$ 30.8
44	CARLOS ALBERTO FORERO MAYORGA	Suministro de alimentos a los pacientes hospitalizados (pisos y urgencias), prestación del servicio de lactario, alimentación a	\$ 528.0
42	QUIRUMEDICAS LTDA	Suministro de insumos de limpieza y desinfección	\$ 33.2
48	BUHO SEGURIDAD LTDA	Prestación del servicio de vigilancia y seguridad privada de todas las dependencias del hospital...	\$ 535.0
24	LAVANSER S.A.	Prestación del servicio de cafetería, aseo, limpieza y desinfección en las instalaciones del hospital...	\$ 535.0
1064	ZUR INVERSIONES & CIA S.	Prestar el servicio de lavado y alquiler de ropa	\$ 120.0



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ. D.C.

	EN C	hospitalaria, desinfección, planchado, remiendo,	
1062	CARLOS ALBERTO FORERO MAYORGA	Suministro de alimentos a los pacientes hospitalizados (pisos y urgencias), prestación del servicio de	\$ 400.0
1038	MEDOXI SAS	Suministro del paquete integral de oxígeno domiciliario con sus respectivos insumos y aditamentos,	\$ 85.0
884	ALEXANDER OROZCO GARCIA	Compra de bonos para personas con discapacidad y mujeres gestantes y/o lactantes para mejorar las condiciones nutricionales y promover su inclusión social, para el hospital ...	\$ 160.0
883	ALEXANDER OROZCO GARCIA	Compra de canastas complementarias de alimentos y promoción del componente de inclusión social, para el hospital ...	\$ 486.9
833	CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL OCCIDENTE IPS Y CIA LTDA	Prestación del servicio integral para la implementación y realización de prácticas entorno a la salud oral y contribuir con su mejoramiento, para el hospital...	\$ 340.0
57	QUIMBERLAB LTDA	Suministro de insumos para el laboratorio clínico del hospital	\$ 46.3
53	ANALISIS TECNICOS LTDA	Suministro de insumos (reactivos) para laboratorio clínico	\$ 43.7
23	ZUR INVERSIONES & CIA S EN C	Prestar el servicio de lavado y alquiler de ropa hospitalaria, desinfección, planchado, remiendo, recolección, distribución,	\$ 260.0
835	FUNFOSOIN	prestación del servicio integral para desarrollar competencias de comunicación, formar docentes, padres de familia, niños	\$515.7
834	FUNFOSOIN	prestación del servicio integral para la atención terapéutica, desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la violencia	\$369.0
22	GASTRO INVEST S A S	Prestación Del Servicio Integral De Gastroenterología Para El Hospital San Blas E.S.E. II Nivel, Mediante La Realización De Procedimientos	\$120.0
TOTAL			\$5.679.9

Fuente: Análisis grupo auditor.

Antes de hacer el análisis a la muestra de contratación del Hospital San Blas, hay que señalar algunas observaciones sobre el Manual de Contratación (Acuerdo No. 03 de 2003 de la Junta Directiva del Hospital San Blas) puesto que, este es muy general y ambiguo, deja sin mencionar temas tan importantes como son los estudios previos, o términos de referencia o pliegos de condiciones,

No se realizan estudios económicos técnicos juiciosos y acertados por parte de la administración, para establecer cuál sería el costo que invertiría el Hospital para la ejecución de los objetos contractuales, dejando que el proveedor sugiera el valor y la administración se adhiera al mismo.

Por otra parte, no se indica que, para la contratación celebrada en una cuantía que no supera los 100 SMLMV, (\$53.500.000), se deba amparar con pólizas de garantía, con esto dejando en gran riesgo al hospital, puesto que, si no establece unos parámetros claros precisos y concretos en la celebración de los negocios jurídicos, y con ellos su aseguramiento, se estaría descuidando los recursos invertidos por el hospital en las actividades contratadas, es por ello que, se deben asegurar cualquier recurso del distrito ya que es una obligación de las Entidades del Estado, asegurar sus bienes e intereses patrimoniales, por medio de la celebración de contratos de seguros, labor que se cumple contratando pólizas con Compañías Aseguradoras, como lo estipula una amplia normatividad relativa a la obligatoriedad que tienen las Entidades Públicas, de buscar el aseguramiento de los bienes del estado y la protección de sus intereses patrimoniales:

“La Ley 45 de 1990 Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones.

“Artículo 62. Aseguramiento de los bienes oficiales. El artículo 244., del Decreto-ley 222 de 1983, quedará así: “Todos los seguros requeridos para una adecuada protección de los intereses patrimoniales de las entidades públicas y de los bienes pertenecientes a las mismas, o de los cuales sean legalmente responsables, se contratarán con cualquiera de las compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en el país”. “Los representantes legales, las juntas y consejos directivos de las entidades oficiales serán responsables de que la contratación se efectúe con entidades aseguradoras que ofrezcan adecuadas condiciones en materia de solvencia, coberturas y precios”.

El Decreto 663 de 1993 Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración, consagra en su artículo 101, numeral 4, *“Aseguramiento de los bienes oficiales. De conformidad con el artículo 244 del Decreto Ley 222 de 1983, todos los seguros requeridos para una adecuada protección de los intereses patrimoniales de las entidades públicas y de los bienes pertenecientes a las mismas, o de las cuales sean legalmente responsables, se contratarán con cualquiera de las compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en el país.*

Los representantes legales, la juntas y consejos directivos de las entidades oficiales serán responsables de que la contratación se efectúe con entidades aseguradoras que ofrezcan adecuadas condiciones en materia de solvencia, coberturas y precios.”.

En igual sentido, la Ley 42 de 1993 determino en el Artículo 107, al señalar las responsabilidades institucionales de los organismos de control fiscal, *“Los órganos de Control Fiscal verificarán que los bienes del Estado estén debidamente amparados por una póliza de seguros o un fondo especial creado para tal fin, pudiendo establecer responsabilidad fiscal a los tomadores cuando las circunstancias lo ameriten.”*

La Ley 734 de 2002 en su lugar, artículo 34 Num.21, establece que es deber de todo servidor público *“Vigilar y salvaguardar los bienes y valores que le han sido encomendados y cuidar que sean utilizados debida y racionalmente, de conformidad con los fines a que han sido destinados.”*

Del análisis hecho a los contratos escogidos en la muestra se pudo verificar que cumplieron con la aplicación del principio de publicidad, página web, publicación en la Imprenta Distrital, más no respecto al principio de selección objetiva y de planeación; en la gran mayoría de los contratos de la muestra no se hace unos adecuados estudios previos ni estudios económicos, además, se evidenció una inadecuada labor en la supervisión de los contratos seleccionados, hecho que se debe a que una sola persona puede ser la supervisora de 10, 30, 40, 50 y hasta más de 100 contratos, es el caso del señor Mauricio José _nterad Paris con la supervisión de 1.754 contratos y José Alberto Romero, con 810 contratos, con lo cual se preguntaría, como hacen para poderle hacer supervisión a tantos contratos a la vez, que calidad de labores están desarrollando los contratistas, los informes presentados por los interventores son ciertos y que idoneidad prestan para la administración, a que horas desarrollan las labores normales de su cargo.

Algunas de estas anomalías se reflejan en los siguientes hechos:

3.5.1. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria: Contratos Nos. 834 y 835 de 2001, con la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO FUNFOSOIN”.

El Hospital San Blas II Nivel de Atención, suscribió el 26 de mayo de 2011, los contratos No. 834, cuyo objeto consistió en la “*Prestación del servicio integral para la atención terapéutica, desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la violencia y seguimiento a casos, para el Hospital San Blas II Nivel E.S.E.*”, por la suma de \$369.0 millones de pesos y el contrato 835 de 2011, cuyo objeto es la “*Prestación del servicio integral para desarrollar competencias de comunicación, formar docentes, padres de familia, niños, niñas y adolescentes e internos e internas de la cárcel distrital, para el HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.*”, por la suma de \$515.7 millones de pesos.

La administración del Hospital mediante invitaciones públicas a cotizar No. 09 y 10 del 7 de abril de 2011, solicita oferentes para proveer los objetos contractuales anteriormente mencionados, de las cuales solamente se presentan la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO, para ambos contratos.

Mediante Resoluciones No. 00125 y 00126 del 10 de mayo de 2011, el Hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E., resuelve adjudicar los objetos contractuales antes mencionados a la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO.

Efectivamente y pese a que se aportan y suscribe las invitaciones pública, solamente se presenta un oferente, lo cual hace que estos procesos se deberían haber declarado desiertos, puesto que, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de

Contratación), obliga a enviar solicitud de invitación por escrito a cotizar el objeto a celebrarse a por lo menos tres eventuales contratistas como hace mención el artículo “(...) 6. **FORMALIDADES DE LOS CONTRATOS QUE DEBA CELEBRAR EL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE**” en su numeral 2. “(...) *Los contratos que superen los cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes SMLMV:*

b. Deberán contar por lo menos tres cotizaciones de las cuales se escogerá objetivamente la más conveniente para el hospital. La solicitud se hará por escrito a por lo menos tres eventuales contratistas y se enviara a todos ellos el mismo día y en su contenido se indicara la fecha máxima para la recepción de las propuestas.”.

Por otra parte, se observó que la administración no examinó el certificado de Cámara de Comercio, que presenta la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO, puesto que, este señala que no tiene capacidad económica para contratar por las cuantías establecidas en el contrato, corriendo un riesgo en la ejecución del mismo.

La Fundación contratada no cuenta con experiencia específica en las funciones encomendadas, puesto que, dentro de los documentos soportes anexos a la propuesta entregados por la misma no aparece certificaciones que ameriten que haya desarrollado actividades similares.

Por último, no existió una acertada supervisión, puesto que, no se encontró en las carpeta del contrato todos los informes detallados que soporten a ejecución y la liquidación del mismo, infringiendo con esto lo normado en la Resolución No. 00206 del 2003 (Manual de supervisión del Hospital San Blas).

Con lo anterior se puede concluir que la gestión realizada por el Hospital, en la etapa precontractual y contractual del presente contrato fue ineficiente e ineficaz, inobservando los principios de la función administrativa de transparencia, responsabilidad e imparcialidad consagrados en el artículo 3 de la ley 489 de 1998, e incumpliendo el deber de la selección objetiva, consagrado en el artículo 209 de la Constitución Política, “*La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad (...)*”, requisitos de la esencia de los contratos públicos, además, los literales a), e), y f) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993, acerca de proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de sus objetivos.

Así mismo, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de Contratación) y la Resolución No. 00206 del 2003 (Manual de supervisión), y con ello incursas en las causales disciplinarias de la Ley 734 de 2002.

3.5.2. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria: Contratos 883 y 884 de 2001, con el señor ALEXANDER GARCIA OROZCO.

El Hospital San Blas II Nivel de Atención, suscribió los contratos No. 884 del 21 de junio de 2011, cuyo objeto consistió en la *“Prestación del servicio integral para la atención de personas con discapacidad y mujeres gestantes y /o lactantes para mejorar las condiciones nutricionales y promover su inclusión social, para el hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E.”*, por la suma de \$160.0 millones de pesos y No. 883 del 21 de junio del 2011, con el objeto de *“Compra de canastas complementarias de alimentos y promoción del componente de inclusión social, para el Hospital San Blas II Nivel E.S.E”*, por cuantía de \$486.9 millones de pesos

Dentro de la invitación a cotizar no se realizó un estudio económico técnico, para establecer cuál sería el costo que invertiría el Hospital, para la ejecución del mismo, por lo tanto, se denota la mala planeación que se invirtió en estos estudios previos dejando al azar los dineros relacionados con la celebración del mismo.

Mediante Resoluciones Nos. 093 y 094 del 02 de mayo de 2011, el gerente declaró desierta la invitación No. 013-2011, porque no se presentó ningún oferente.

El gerente invitó mediante oficios Nos. 4707 y 4706 de junio 7 de 2012, a las firmas CORPORACION PARA EL FOMENTO DEL DESARROLLO EMPRESARIAL “REVERDECER Y COMERCADEO y a la FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO SOCIAL INTEGRADO para que cotizaran la *“Prestación del servicio integral para la atención de personas con discapacidad y mujeres gestantes y /o lactantes para mejorar las condiciones nutricionales y promover su inclusión social, para el hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E.”*. Igualmente, mediante oficio No. 4704 de junio 7 se hace invitación a la empresa CORPORACION PARA EL FOMENTO DEL DESARROLLO EMPRESARIAL para cotizar la *“Prestación del servicio integral para la entrega de canastas complementarias de alimentos y promoción del componente de inclusión social, para el hospital San Blas II Nivel E.S.E”*, firmas que

De las firmas que se invitaron a cotizar los objetos mencionados anteriormente, se observó que estas no se tuvieron en cuenta siendo descartadas sin justificación alguna, es por ello que en junio 15 de 2001, mediante oficios No. 5188 y 5189, nuevamente se hace una invitación a la firma COMERCADEO BIENES,

SERVICIOS Y SUMINISTROS ESPECIALIZADOS, para cotizar, pero cambiando los objetos del contrato de la invitación por “Compra de bonos..., para el Hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E”, y “Compra de canastas , para el Hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E”, revelando un favorecimiento al contratista, puesto que, se cambio el objeto contractual y se descartó a dos oferentes que enviaron su cotizaciones con los objetos requeridos por la administración del Hospital.

Por otra parte y pese a que se aportan y suscribe las invitaciones pública, solamente se presenta un oferente, lo cual hace que estos procesos se deberían haber declarado desiertos, puesto que, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de Contratación), obliga a enviar solicitud de invitación por escrito a cotizar el objeto a celebrarse a por lo menos a tres eventuales contratistas como hace mención el artículo “(...) 6. FORMALIDADES DE LOS CONTRATOS QUE DEBA CELEBRAR EL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE”, numeral 2. “(...) Los contratos que superen los cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes SMLMV

b. Deberán contar por lo menos tres cotizaciones de las cuales se escogerá objetivamente la más conveniente para el hospital. La solicitud se hará por escrito a por lo menos tres eventuales contratistas y se enviara a todos ellos el mismo día y en su contenido se indicara la fecha máxima para la recepción de las propuestas.”.

Con lo anterior se puede concluir que la gestión realizada por el Hospital, en la etapa precontractual y contractual del presente contrato fue ineficiente e ineficaz, inobservando los principios de la función administrativa de transparencia, responsabilidad e imparcialidad consagrados en el artículo 3 de la ley 489 de 1998, e incumpliendo el deber de la selección objetiva, consagrado en el artículo 209 de la Constitución Política, “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad (...)”, requisitos de la esencia de los contratos públicos, además, los literales a), e), y f) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993, acerca de proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de sus objetivos.

Así mismo, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de Contratación) y la Resolución No. 00206 del 2003 (Manual de supervisión), y con ello incursas en las causales disciplinarias de la Ley 734 de 2002.

3.5.3. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria.

El Hospital SAN BLAS II NIVEL ESE, suscribió los contratos No. 0023 y 1064 de 2011, cuyo objeto consistió en la *“Prestación del servicio de lavado, desinfección secado, planchado, empaque, recolección, distribución, confección, remiendo y transporte de ropa hospitalaria y quirúrgica y el alquiler de prendas de uso hospitalario”*, por la suma de \$260.0 y \$120.0, millones de pesos respectivamente.

La administración del Hospital mediante invitaciones públicas a cotizar Nos. 02 y 021 del 7 de abril de 2011, solicita oferentes para proveer los objetos contractuales anteriormente mencionados y en la cual solamente se presentó la firma ZUR INVERSIONES.

Mediante Resoluciones No. 0021 del 31 de enero DE 2011 y 00280 del 11 de octubre de 2011, el Hospital SAN BLAS II NIVEL E.S.E., resuelve adjudicar el objeto contractual antes mencionado a la firma ZUR INVERSIONES & CIA EN C.

Efectivamente y pese a que se aportan y suscribe las invitaciones pública, solamente se presenta un oferente, lo cual hace que estos procesos se deberían haber declarado desiertos, puesto que, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de Contratación), obliga a enviar solicitud de invitación por escrito a cotizar el objeto a celebrarse por lo menos a tres eventuales contratistas como hace mención el artículo *“(...) 6. FORMALIDADES DE LOS CONTRATOS QUE DEBA CELEBRAR EL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE”* en su numeral 2. *“(...) Los contratos que superen los cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes SMLMV: b. Deberán contar por lo menos tres cotizaciones de las cuales se escogerá objetivamente la más conveniente para el hospital. La solicitud se hará por escrito a por lo menos tres eventuales contratistas y se enviara a todos ellos el mismo día y en su contenido se indicara la fecha máxima para la recepción de las propuestas.”* (Negrilla es nuestra).

Así mismo, se observó que en el documento de la invitación a cotizar no se realizó un estudio económico técnico juicioso y acertado, para establecer cuál sería el costo que invertiría el Hospital para la ejecución del contrato, dejando que el proveedor proyecte el valor del objeto contractual y la administración se adhiera al mismo.

Con lo anterior se puede concluir que la gestión realizada por el Hospital, en la etapa precontractual y contractual del presente contrato fue ineficiente e ineficaz, inobservando los principios de la función administrativa de transparencia, responsabilidad e imparcialidad consagrados en el artículo 3 de la ley 489 de 1998, e incumpliendo el deber de la selección objetiva, consagrado en el artículo 209 de la Constitución Política, *“La función administrativa está al servicio de los intereses*

generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad (...)”, requisitos de la esencia de los contratos públicos, además, los literales a), e), y f) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993, acerca de proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de sus objetivos.

Así mismo, el Acuerdo No. 03 de 2003, (Manual de Contratación) y la Resolución No. 00206 del 2003 (Manual de supervisión), y con ello incursas en las causales disciplinarias de la Ley 734 de 2002.

3.5.4. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria, por la falta de seguimiento en el control que hacen los supervisores.

Existe una inadecuada labor en la supervisión de los contratos seleccionados, hecho que se debe a que una sola persona es supervisor de 10, 30, 40, 50 y hasta más de 100 contratos, es el caso del señor Mauricio José _nterad Paris con la supervisión de 1754 contratos y José Alberto Romero, con 810 contratos, incumpliendo normado en los literales a), e), y f) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993, acerca de proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de sus objetivos.

Las conductas descritas con anterioridad pueden estar incursas en las causales disciplinables de la Ley 734 de 2002.

3.6. EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.6.1. Plan De Desarrollo

El plan de desarrollo fue aprobado mediante el acuerdo de Junta Directiva 00018 del 30 de octubre de 2008, en el cual además señala el redireccionamiento estratégico, compuesto por la misión, la visión, la filosofía organizacional, la política de calidad, la política de seguridad del paciente, el mapa estratégico compuesto por tres grandes objetivos: Sostenibilidad Financiera, Competitividad y

Legitimidad Social, las estrategias a implementar en cada uno de los objetivos y los cinco valores corporativos.

De los siete objetivos Estructurantes con que cuenta el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para Vivir Mejor, el Hospital San Blas ha enmarcado su Plan de Desarrollo Institucional en tres objetivos principales Ciudad de Derechos, Gestión Pública Efectiva y Transparente y Participación.

En el objetivo “Ciudad de Derechos” enmarca 29 objetivos, 24 de los cuales pertenecen al programa distrital Bogotá Sana y 5 al programa Fortalecimiento y Provisión de los Servicios en Salud, en “Gestión Pública Efectiva y Transparente” establece 50 objetivos, 45 de los cuales se ubican dentro del programa Desarrollo Institucional, 1 en Gerencia Jurídica Pública Integral, 3 en Servicios Mas Cerca al Ciudadano y 1 en Tecnologías de la información y Comunicación al Servicio de la Ciudad, en “Participación” señala 10 objetivos, los cuales se encuentran dentro del programa Ahora Decidimos Juntos, para un total de 89 objetivos.

En el año 2010 mediante acuerdo de Junta Directiva 07 se aprueban 22 modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional 2008 – 2012, en lo referente a metas, objetivos e indicadores.

3.6.1.1. Hallazgo Administrativo, realizado el análisis al Plan de Desarrollo (PDI) de la vigencia fiscal 2011, se evidenciaron las siguientes falencias:

CUADRO 25
PLAN DE DESARROLLO INCONSISTENCIAS

Objetivos del PDI	Línea de Base – 2010	INDICADOR / META	2011 META	Valor	% DE EJECUCION 2° sem 2011	OBSERVACIONES	ANALISIS
Cumplir con la notificación de los indicadores del PIC	100%	Notificar al 100% los casos que se presenten que hacen parte del PIC	100%	100%	100,00%		No cuenta con acto administrativo (acta de Junta) por el cual se incluyo este objetivo.
Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE.	0	No. De casos de mortalidad en menores de 1 año notificada por el hospital /Total de eventos de defunción en menores de 1 año ocurridos en el hospital en el periodo.	0	1	100,00%	Se presentaron 0 casos	La meta tanto del valor no es coherente con las observaciones planteadas
Incrementar la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).	249	No. De consejerías de VIH a la población pobre y vulnerable adelantadas en el periodo.	254	181	71,26%		El indicador planteado no cuenta con la variable del denominador.
Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).	0	No. de pacientes que terminan primera fase del tratamiento /No. de pacientes tuberculosos que inician primera fase en el hospital en el periodo.	100%	2	100,00%	Se presentaron 2 casos	Los resultados presentados por el hospital no cumplen con la aplicación de las formulas establecidas en los indicadores propuestos por ellos



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ. D.C.

Objetivos del PDI	Línea de Base – 2010	INDICADOR / META	2011 META	Valor	% DE EJECUCION 2° sem 2011	OBSERVACIONES	ANALISIS
Reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal	16	No. De muertes perinatales / Total Nacidos Vivos del periodo. Equivale a reducir en un 7% anual	16			Se presentaron 10 casos de muerte perinatal en el periodo	Presentan indicadores sin cálculo y sin análisis de datos reportados
Notificar en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)	100%	No.de embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años por abuso sexual reportados /Total de embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años por abuso sexual atendidos en el hospital en el periodo	100%	6	100,00%	Se presentaron 3 casos de embarazos en Adolescentes entre 10 y 14 años por abuso sexual en el periodo	Los resultados señalados en la columna de valor no son coherentes con las observaciones planteadas
Adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.	80%	Mantener en el 100% la ocupación en Despertar.	80%	87%	108,75%		No es claro el planteamiento de los indicadores, ni su forma de calcularlos. El indicador no muestra coherencia con al meta planteada
Implementar proyectos de Salud Pública de segundo nivel de atención	9	9 proyectos de salud pública ejecutados.	Dos proyectos UEL	95%	95,00%	El porcentaje de Ejecución de los proyectos UEL al finalizar la vigencia 2011 es del 95%	El indicador no muestra coherencia con al meta planteada
Disminuir el tiempo de espera para atención de urgencia a 30 minutos.	42	Sumatoria del tiempo de atención en Urgencias desde q el paciente llega hasta el momento que es atendido por consulta de medico general (TRIAGE 2)/ Total de Consultas de Medicina General	42	33,08	100,00%	Se logro una disminución del 21% en la atención de consulta a urgencias TRIAGE 2	El porcentaje de ejecución no es coherente con la aplicación de la formula para su calculo teniendo en cuenta los valores de cumplimiento reportados.
Desarrollar la estrategia de mercadeo corporativo que fomenta el análisis competitivo y de mercados para incrementar los ingresos por venta de servicios.		Formular el Plan de Mercadeo	1	1	100,00%	Plan de mercadeo formulado en 2010	Si el Plan de mercadeo ya había sido formulado el objetivo no tiene peso en el 2011.
Incrementar la productividad de los servicios de salud	4,87	Incrementar el Giro Cama en XX	4,97	4,39	88,38%		
Incrementar la productividad de los servicios de salud	74,03%	Incrementar el Porcentaje de Ocupación	76%	72,57%	96,11%		
Incrementar la productividad de los servicios de salud	4,5	Disminuir el Promedio día Estancia	4,41	5,01	88,02%		
Incrementar la productividad de los servicios de salud	1535	Mantener y/o incrementar el número de Partos y Cesáreas 432 trimestrales	1535	1197	77,98%		
Incrementar la productividad de los servicios de salud	12792	Incrementar el número de Egresos	13048	11770	90,21%		
Incrementar la productividad de los servicios de salud	5978	Incrementar la producción del Servicio de Cirugías	6098	5918	97,06%		
Socializar la política pública Distrital de participación social y servicio al ciudadano al cliente interno y externo y comunidad	5500 Usuarios al año	No. total de personas capacitadas en deberes y derechos / No. de personas a capacitar de acuerdo a muestra	mínimo a una muestra de 5500 usuarios trimestrales	14354	86,99%	Se logro una cobertura del 87% en divulgación de la política de deberes y deberes	El porcentaje de ejecución no es coherente con la aplicación de la formula teniendo en cuenta los valores de cumplimiento reportados.
Optimizar la Infraestructura del Hospitalaria del Hospital San Blas II Nivel (Plan Maestro de Equipamientos en Salud)	40%	Proyecto Reordenamiento Físico, Ampliación y Reforzamiento Estructural del Hospital San Blas II Nivel Inscrito, estudios realizados y ejecución				Gerencia, Oficina de Planeación, Subgerencia Administrativa y Financiera y Subgerencia de Servicios de Salud (Meta modificada)	No se encuentra dentro del reporte efectuado a la Contraloría de Bogotá a través de SIVICOF, ni existe acto administrativo (acta de junta) por medio de la cual haya sido excluido del PDI.

Fuente: Plan de Desarrollo Institucional reportado a 31/12/11, consolidado por planeación.

Las anteriores inconsistencias manifiestan la falta de control y configuran un incumplimiento a los numerales 7.2 y 7.3, del procedimiento interno “EVALUACION PLANES DE LA INSTITUCION” y a los literales d, e y f del artículo 2° de la ley 87 de 1993.

3.6.1.2. Hallazgo Administrativo, de los 8 objetivos planteados para medir la producción hospitalaria de la institución, 5 de ellos no alcanzaron siquiera la línea base, lo que permite observar que la gestión en la producción hospitalaria no es la más óptima, si bien es cierto concluir que la modificación a la normatividad aplicable ha generado grandes inconvenientes al sistema de salud, también lo es que no se evidencia la existencia de una política de mercadeo efectiva, lo cual pone en evidente riesgo el de mantener un grado de sostenibilidad financiera de la ESE sin afectar los resultados de la rentabilidad social que debe garantizar toda IPS pública. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el literal b), artículo 2°, de la Ley 87 de 1993.

3.6.1.3. Hallazgo Administrativo, los Planes Operativos Anuales presentan las siguientes falencias:

- Fueron aprobados transcurrido cuatro meses de la anualidad.
- Los anexos del acuerdo 09/2011 no son fiel copia de los POA aprobados (Subgerencias de servicios de Salud).
- El Plan Operativo Anual de Atención al Usuario, cuenta con metas diferentes a las establecidas en el PDI.
- El seguimiento al cumplimiento de los planes no es realizado por el área pertinente (subgerencia de Servicios de Salud).
- No se solicitaron las modificaciones a las metas de acuerdo al procedimiento a fin de lograr su cumplimiento de acuerdo a las modificaciones de las leyes (causas ajenas a la Institución).

Las anteriores observaciones muestran la falta de claridad en las responsabilidades y el poco control en el seguimiento y la evaluación, configurando un incumplimiento a los numerales 7.2 y 7.3, del procedimiento interno “EVALUACION PLANES DE LA INSTITUCION” y a los literales d, e y f del artículo 2° de la ley 87 de 1993.

3.6.1.4. Hallazgo Administrativo, existen diferencias en la presentación de los Planes Operativos anuales, toda vez que no cuentan con formatos estandarizados y adoptados, evidencia de lo anterior se encuentra en lo formatos presentados por la oficina de Atención al Usuario y los presentados por la oficina de Planeación. Transgrediendo lo estipulado en el literal h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

Los proyectos de inversión inscritos para la vigencia fue: PARTICIPACIÓN por valor de \$18.499.472, PLATAFORMA TECNOLÓGICA por valor de \$399.957.539, y DOTACIÓN por valor de \$296.716.000.

3.6.1.5. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria y Fiscal

El contrato 1189/11 suscrito el 28/12/11 con la firma SISTEMAS Y ASESORIAS DE COLOMBIA S.A. SYAC S.A., que tiene por objeto *“Prestación de los servicios de implementación del sistema de información hospitalario (ERP y Asistencial), suministrando las herramientas de software totalmente integradas bajo la modalidad de cesión o donación de manera indefinida, que incluya consultoría, capacitación, implantación del sistema, puesta en producción, actualización del sistema en mención y soporte técnico de la fase 1 para el Hospital San Blas II Nivel ESE”*, fue suscrito, legalizado sin la liquidez de caja necesaria para el pago de la cláusula de anticipo del 40% establecida como requisito del inicio del contrato, máxime cuando se encontraban al final de la vigencia, lo que generó la suspensión inmediata y en último la terminación anticipada por mutuo acuerdo causando una pérdida para el hospital de \$3.870.815, quien debió asumir los gastos en que incurrió el contratista en el pago de las pólizas y la publicación del contrato en el registro distrital, requisitos previos para la legalización del mismo.

En consecuencia se puede determinar que el hospital incurrió en la violación a los principios de economía, eficiencia y efectividad establecidos en la Constitución Política de Colombia lo que demuestra que la actuación del hospital no fue eficiente y responsable incurriendo en un presunto detrimento patrimonial en cuantía de \$3.870.815 por la gestión antieconómica realizada al celebrar el contrato de adquisición del hardware en condiciones menos favorables para la entidad. Incumpliendo lo establecido en el artículo tercero de la Ley 610 de 2000 en cuanto a la planeación, administración y gasto de los recursos públicos y los literales a, b, f, y h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

3.6.1.6. Hallazgo Administrativo con Incidencia Disciplinaria y Fiscal

Utilidad y uso del bien o servicio contratado: en el caso de la Orden de Compra 1111 del 24 de Noviembre de 2011 cuyo objeto fue *“la compra de sombrillas con logo del hospital San Blas cuyas características y valores unitarios se especifican a continuación...”* por

valor de \$2.744.000, se evidenció que en la entrega solo hay soportes de distribución de 63 sombrillas y 4 en stop, según lo informado mediante oficio 401-GFAU-182 del 13 de Noviembre de 2012 y soportado oficialmente por el Hospital mediante 3 folios firmas “EVIDENCIA ENTREGA DE SOMBRILLAS DIA DEL USUARIO Nov. 25/11”, es decir que la diferencia de 133 sombrillas, equivalentes \$1.824.760, no tienen soporte de distribución, ni se evidenció que reposaran en la entidad. Lo anterior demuestra deficiencias en la custodia del producto adquirido pues en efecto 133 sombrillas equivalentes al 66.5% no tuvieron destinatario, lo que generó un presunto detrimento fiscal en cuantía de \$1.824.760. Incumpliendo lo establecidos en el artículo tercero de la Ley 610 de 2000 en cuanto a la indebida custodia de los bienes y los literales a, b, f, y h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

3.6.1.7. Hallazgo Administrativo, los proyectos de inversión “Fortalecimiento de participación social en el Hospital San Blas II nivel ESE año 2011” y “Mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de las Empresas Sociales del Estado componente: sistemas de información ESE San Blas II ESE- hardware vigencia 2010”, lograron su viabilización entre los meses de noviembre y diciembre respectivamente dejando un corto periodo para su ejecución, lo que demuestra que existen deficiencias en la planeación y gestión de los proyectos, evidenciadas en la falta de celeridad en los procesos de asignación presupuestal, gestión administrativa y contratación de los mismos, incumpliendo lo normado en los literales e, f y h del artículo 2° de la ley 87 de 1993.

3.6.2. Componente Balance Social

3.6.2.1. Hallazgo Administrativo, una vez revisado el informe de Balance Social rendido en la cuenta a través del aplicativo SIVICOF en el formato CBN-1103, por el Hospital San Blas II Nivel ESE, se evidencia que no se encuentra dentro de los parámetros establecidos en la metodología propuesta por la Contraloría en sus tres componentes (Reconstrucción del problema social – Instrumentos operativos para la solución de los problemas sociales – Resultados en la transformación de los problemas sociales) según Resolución reglamentaria 34 de 2009 puntualizados de la siguiente manera:

1. Reconstrucción del problema social: de acuerdo a lo reportado en el informe de Balance Social del hospital para la vigencia fiscal 2011, prevalecen las problemáticas escogidas en el Balance Social 2010, por lo que se hizo necesaria la revisión del informe reportado para dicha vigencia, en consecuencia el hospital formuló cuatro grandes problemáticas sociales

- *“Altos niveles de violencia intrafamiliar, sexual y maltrato en la Localidad y en el Distrito Capital”, la problemática formulada muestra una articulación lógica con los objetivos trazados en las políticas de salud pública del Distrito PIC, dentro de la problemática global subyacen cuatro tipos de problemas que tienen que ver con: la violencia en todas sus manifestaciones, el abuso sexual, el abandono y el consumo de drogas alucinógenas, las causas que se determinan no mantienen una trazabilidad en cuanto al análisis de la problemática, en el informe se señala “ La problemática de violencia intrafamiliar en la localidad cuarta San Cristóbal se encuentra reportada por la Red del Buen del Trato por las Unidades Notificadoras, arrojando 1.112 casos (año 2009),...” y “Se evidencia que la violencia emocional fue la más notificada en el 2008, tanto en mujeres como en hombres, porque la misma se encuentra implícita en todos los tipos de violencia, aunque afecta más a las mujeres, por condiciones de desigualdad e inequidad social...” como se puede evidenciar se citan datos estadísticos actualizados que sustentan la problemática social, sin embargo el análisis se sustenta en datos reportados en el año 2008, no generando una comparación lógica que articule las cifras obtenidas y que permita un rango comparativo que demuestren la disminución, aumento o permanencia de la problemática, de la misma manera se presenta con varios de los datos que se plasman como sustento, pues no mantienen una coherencia armónica que permita la formulación del problema.*

Desde esta mirada el Hospital realiza una ubicación geográfica poblacional de la problemática pero no focaliza una población objeto de intervención por lo que se dificulta la medición del impacto social y la valoración real de los logros obtenidos.

- *“Bajo impacto de los programas de Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva en el Distrito”, dentro de la reconstrucción del problema se establecieron de manera lógica, puntual y clara las causas y los efectos que genera, sin embargo, en la formulación de la problemática el informe comienza presentando los resultados obtenidos en los programas ejecutados por el Hospital, continua con la sustentación de la problemática que es muy somera y aunque determina una población objeto de aplicación y unas metas específicas el análisis de resultados que allí mismo presenta no apunta a la disminución de la problemática porque no se muestra un comparativo de cifras estadísticas que permita enmarcar el impacto social, además se generó un incumplimiento en las metas trazadas. En cuanto a su consecución con las políticas distritales en salud, se encuentra bien armonizado.*

- *“Vulnerabilidad de las personas mayores en situación de pobreza y miseria en el Distrito”* las estadísticas que sustentan la investigación están basadas en cifras reportadas durante la vigencia 2005, lo que impide la confiabilidad en los datos ya que han pasado más de cuatro años al momento de la formulación de la problemática y las cifras pueden haber variado de manera significativa, establece de manera clara y específica las causas y consecuencias, se delimita una población la cual será objeto de intervención y se tienen cifras que permitirán el comparativo anual, es decir la medición del impacto.
 - *“Mortalidad infantil en la Localidad y en el Distrito”* no señala de manera específica el objetivo de la política de salud pública del Distrito, no establece las causas y las consecuencias de manera clara, especifica una población base y muestra una investigación clara en cifras que sustenta la problemática social.
2. Instrumentos operativos para la solución de los problemas sociales: el informe presentado por el Hospital carece de los elementos determinados en la metodología que la Contraloría ha propuesto toda vez que no especifica de manera clara por cada una de las problemáticas las metas, indicando los resultados o logros medibles cuantitativa y cualitativamente que se pretenden alcanzar, no se determinó el presupuesto estimado, no se especifica la población o unidades de focalización objeto de la atención.
3. Resultados en la transformación de los problemas sociales: teniendo en cuenta que el planteamiento del problema no es claro, que los instrumentos operativos para la solución de los problemas carecen de información y precisión los resultados obtenidos son muy subjetivos en cuanto a su medición y análisis. El informe presentado en la vigencia fiscal 2010 no señala el nivel de cumplimiento de los objetivos, metas y actividades programadas y ejecutadas, no se especifica el presupuesto ejecutado durante la vigencia, toda vez que no se señalan contratos y/o convenios que se hayan suscrito a fin de dar cumplimiento a los programas y/o proyectos señalados para el resarcimiento de la problemática social planteada, se presentan limitaciones, pero no se especifican las correcciones aplicadas a fin de lograr los objetivos propuestos, no se presentan los efectos reales alcanzados sino los objetivos propuestos como si fuera un proyecto y no un informe, no se señala la población real atendida, no se especifica la población sin atender, no se señala la población que requiere seguimiento del proyecto, ni se

finaliza con un diagnóstico de la población que les permita continuar con los proyectos y/o generar nuevas estrategias para el abordaje de la problemática.

En cuanto al informe presentado para el cumplimiento de metas de la vigencia 2011, se señala la continuidad de proyectos de la vigencia 2010 sin que se haya realizado un empalme o vinculación, es evidente que dentro del informe no se presentan, ni se relacionan proyectos de manera directa sin embargo aquí se detallan los resultados de unos convenios que no aplican para el grupo poblacional delimitado en el informe inicial

En general el informe tiene repetición de palabras en varios de los textos que hace perder sentido a los mismos, no tiene una secuencia lógica en todos sus planteamientos, contiene ideas sueltas que impiden una armonización secuencial, la formulación de los problemas es muy vaga y general, lo que genera un amplio espectro de acción que no le apunta a acciones concretas que puedan ser medibles y verificables, no contiene uniformidad en la presentación y análisis de los resultados por lo que no se puede evidenciar el impacto social en la población y el cumplimiento real de las metas a fin de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

3.7 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

La evaluación ambiental realizada al Hospital San Blas II Nivel ESE, se llevo a cabo teniendo en cuenta la verificación, 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 verificando el nivel de avance del Programa Institucional de Gestión Ambiental 2011 aprobado por la SDA y el Plan de Residuos Hospitalarios en las diferentes centros de prestación de servicio y sedes administrativas.

En desarrollo de la auditoria la entidad obtuvo para la vigencia 2011 de acuerdo con la metodología de la Dirección de Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación de 82 % la gestión ambiental, soportada entre otros a: la revisión y verificación de los recibos de agua, energía, residuos convencionales, residuos no convencionales y reciclaje del año 2011, la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF, solicitudes de información y la verificaciones de pruebas de auditoría. Igualmente se verificaron los reportes del avance del PIGA remitido por la entidad a la Secretaria Distrital de Ambiente documentos en donde

se exponen los resultados los cuales presenta inconsistencia en la información reportada ya que solo se reporta una sola sede, teniendo en cuenta que el hospital cuenta con la sede del Centro despertar de la cual no se reporta el consumo de agua ni de energía.

La concertación del PIGA se realizó ante la Secretaría Distrital de Ambiente, acta firmada el 27 de de Octubre de 2010, pero no está adoptado por Resolución al interior del hospital, este plan lo realiza para planificar las condiciones ambientales internas, plantear los programas, proyectos, metas y asignar los recursos para lograr los objetivos de ecoeficiencia y de mejoramiento de la gestión ambiental. El PGIRH se actualizó en los meses de Julio de 2012 evidencia mediante soporte la capacitación y socialización de los mismo

Para la vigencia 2011 el presupuesto del Hospital fue de \$ 46.502.471.947 del cual se destinó para la Gestión Ambiental un presupuesto de \$ 87.320.349 que representa el 0.19% con cargo al Rubro presupuestal de mantenimiento, salud ocupacional, aseo entre otros, la gestión ambiental no cuenta con un rubro específico para llevar a cabo las acciones planteadas en Plan Institucional de Gestión Ambiental, las inversiones ejecutadas por el hospital fueron direccionadas a la prevención, mitigación y compensación de los procesos que deterioran los recursos agua, aire y suelo entre otros. A continuación se relaciona de la siguiente manera:

Ejecución Presupuestal

CUADRO 26
INVERSIONES REALIZADAS PROGRAMAS PIGA VIGENCIA 2011

PROGRAMA	DESCRIPCION GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	EMPRESA CONTRATADA	VALOR INVERSION (MILLONES DE PESOS \$)
USO Y AHORRO DEL AGUA	lavado y desinfección de tanques de agua hospital SAN BLAS y CAD	REDES Y SERVICIOS AMBIENTALES LTDA	\$ 1,824,817
MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Solicitud recolección, transporte, manejo y disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos HSB.	GAIA VITARE LTDA	\$ 6,000,000

PROGRAMA	DESCRIPCION GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	EMPRESA CONTRATADA	VALOR INVERSION (MILLONES DE PESOS \$)
	recolección, transporte y disposición final de residuos ordinarios	LIMPIEZA METROPOLITANA S A E S P	\$ 24,268,290
	Recolección, transporte, manejo y disposición final de residuos biológicos	ECOCAPITAL INTERNACIONAL S A E S P	\$ 38,067,170
	Servicio de recolección y tratamiento de residuos químicos	INCINERACIONES BOK	\$ 4,081,000
PAISAJISMO	Tala de árboles	CORPORACION MONTE & CIUDAD	\$ 5,707,780
CALIDAD DEL AIRE	Evaluación de emisiones de caldera	AMBAR TECH E U	\$ 1,450,000
VERTIMIENTOS	Servicio de caracterización de vertimientos	ANTEK S A	\$ 802,720
MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES INTERNAS	Estudio radio físico de los equipos del área de rayos x	SOSIRAD LTDA	\$ 1,461,600
	Diagnostico calidad agua potable	BIOQUILAB	\$ 461,472
USO Y AHORRO DE LA ENERGIA	luminarias t8 y balastos	FERRETERIA COMERCIAL DE LA CONSTRUCCIÓN LTDA	\$ 3,195,500
		TOTAL	\$ 87,320,349

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

Como se observa en la tabla anterior, del total de la inversión de \$ 87.320.349, el mayor porcentaje estuvo direccionada al manejo de los residuos Sólidos con 17%, para el recurso hídrico fue ejecutado un 3.1% para el recurso energético un 3.7% para el ahorro de energía, para el mejoramiento de la calidad de aire se invirtió un 1.67% observándose una partida presupuesta muy baja para llevar a cabo la gestión ambiental del hospital.

El comité Administrativo institucional de Gestión Ambiental se establece a través de la Resolución 117 de Julio 2006, y se reorganizo mediante Resolución 00066 de Marzo de 2010, dentro del cual determina velar por la ejecución del PGIRH y elaborar los informes y reporta a las autoridades de vigilancia y control, se especifica las funciones pertinentes según cargo de cada funcionario, periodicidad de las reuniones y levantamiento de actas de la misma. De igual manera mediante

la resolución 00249 del 30 de Octubre de 2009 es designado como Gestor Ambiental del Hospital SAN BLAS II Nivel ESE, el subgerente Administrativo y financiero en cumplimiento del Decreto 243 de 2009 de la Secretaria Distrital Ambiental. Se tiene adoptada la política Ambiental desde el año 2010 con la Resolución 292 de Diciembre 2010 hasta la fecha no ha sido actualizada la cual involucra a todo el personal, servidor público, personal vinculado por diferentes modalidades de prestación de servicio, pasantes, proveedores y usuarios de los servicios.

ACTAS DE COMITÉ

Se evidencia participación de las áreas de subgerente administrativo y financiero, profesional de recursos físicos, ingeniero ambiental, coordinador de servicios generales, referente del departamento de enfermería, durante la vigencia del 2011 este departamento de enfermería, no asistió en 5 comités realizada en las fechas de febrero, marzo, agosto septiembre y diciembre, es importante tener en cuenta la participación del servicio de enfermería, no se evidencia ninguna medida tomada por medio del comité con el objeto de subsanar la situación.

En acta del 25 de octubre de 2011 se evidencia mal manejo de los residuos líquidos generados por parte de laboratorio Clínico, ya que se esta realizando vertimiento de algunas sustancias (No especifican cuales) de manera directa al alcantarillado, se propone capacitación al personal que labora en el departamento, pero no hay evidencias de las misma. En conclusión las Actas de los Comités expone las situaciones diversa que se presenta, pero no se les hace seguimiento a las misma, igualmente no se evidencia un llamado de atención de manera formal al departamento de enfermería por la inasistencia a los comités.

PLAN DE ACCIÓN ANUAL INSTITUCIONAL –PIGA

Revisada la información reportada en el aplicativo Sistema de Vigilancia y Control Fiscal (SIVICOF) en relación a la Gestión Ambiental del Hospital se observa que el documento identificado con el código CB -1112-1 denominado Plan de Acción, se establecieron 6 Programas de Gestión Ambiental, 36 acciones y 36 metas, algunas son medible (cuantificable) y otras se pueden evidenciar y realizar el seguimiento respetivo.

RESULTADO GESTIÓN PIGA -2011

El PIGA de la vigencia 2011, estableció los siguientes objetivos específicos para dar cumplimiento al programa uso eficiente del agua:

USO EFICIENTE DEL AGUA

Sensibilizar a 600 personas en temas de ahorro y uso eficiente de agua durante todo el año.

Publicar 2 artículos relacionados con el ahorro y uso eficiente del agua durante el año

Publicar 4 afiches durante el año (cambio y duración trimestral)

Enviar 4 mensajes alusivos al ahorro del agua durante el año (a todo el personal contacto de Outlook)

Divulgar mensualmente y durante todo el año mensajes alusivos al ahorro y uso eficiente del agua

Reparar el 100% de daños y fugas reportado

Registrar diariamente las lecturas de medidor durante todo el año

Realizar limpieza y mantenimiento dos veces al año de tanques de almacenamiento.

Resultado

Para determinar el grado de cumplimiento de las metas reportadas se verifico los documentos soportes suministrada por la administración mediante respuesta al oficio 100100- de octubre 5 de 2012 concluyéndose lo siguiente:

El Hospital mediante capacitación, publicación de artículos en el boletín interno, publicación de afiches alusivos al ahorro y uso eficiente del agua, el envío de mensajes a través de Outlook y divulgación a través de parlante mensajes alusivos al ahorro y uso eficiente del agua realizó la sensibilización y el interés del personal para el ahorro del agua, igualmente realizo otras actividades para lograr la meta de ahorro como informar oportunamente los daños y fugas a mantenimiento, Inspección de uso y estado de puntos hidráulicos, monitoreo y registro de consumo de agua.

El Hospital cuenta con tres tanques de almacenamiento de agua para el consumo en los diferentes servicios y como medida de control sanitario adelantó el lavado, limpieza y desinfección de los tanques de reserva del agua potable de los BALCONES Y CENTRO DESPERTAR en los días 16 y 28 de julio del 2011, actividad que se realizo una sola vez, no cumpliendo con lo estipulado por la Resolución 2190 de 1991 artículo 2 y el artículo 10 de Decreto 1575 de 2007,

específicamente dice una vez cada seis meses con el objeto de garantizar la calidad del agua de consumo humano.

Mediante Resolución 2851 de agosto de 2008 la Secretaria Distrital de Ambiente le otorga el permiso de vertimientos al Hospital por 5 años.

La empresa ANTEK S.A. LABORAT DE ANALISIS AMBIENTAL Y GEOQUIMICA, realizo el análisis de la caracterización de vertimientos en octubre de 2011 arrojó niveles normales en el periodo analizado.

La empresa que presta el servicio de alimentos SUMIALCO S.A. realiza el mantenimiento de trampas de grasa ubicadas en la cocina con la empresa ECOENTOR SA, la cual lo realiza mensualmente, identifica el método de tratamiento, cantidad en Kg. Producto de los residuos recogidos en las trampas de grasa.

Relación de costo y consumo de agua en los últimos 4 años:

CUADRO 27
CONSUMO AGUA

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2008	36484	0	123866,54	0	No proyecto meta	
2009	30755	-5729	109169,46	-14697,08	No proyecto meta	
2010	28126	-2629	103712,38	-5457,08	100%(400 personas)	168%
2011	26154	-1972	99347,34	-4365,04	100% (600 personas)	100%

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

Se observa que para la vigencia 2011 comparado con la vigencia del 2010 se presento una reducción en el consumo de 1972 m3 de agua que equivale a un 7.01% de consumo, la comparación de consumo entre 2008 y 2009 refleja un ahorro significativo del 15.7% reflejándose la aplicación de los diferentes medios que buscan sensibilizar al personal en general de la institución en el ahorro y uso eficiente del recurso. Sin embargo en la visitas realizada en la institución se observa que el área de salsa de Puerperio uno (1) y sala de pediatría se presentó

goteo constante en el lavamanos, situación que no se había reportado en el momento a mantenimiento ni a el responsable del PIGA.

USO EFICIENTE DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y GAS

Sensibilizar a 600 personas en temas de ahorro y uso eficiente de energía durante todo el año.

Publicar 2 artículos durante el año (semestral).

Enviar 4 mensajes alusivos al ahorro de energía durante el año(a todo el personal contacto de Outlook).

Divulgar mensualmente y durante todo el año mensajes alusivos al ahorro y uso eficiente de energía.

Reportar el 100% de los daños en instalaciones eléctricas.

Inspeccionar mensualmente el uso y estado de los puntos eléctricos.

Reparar el 100% de daños reportados.

Registrar diariamente las lecturas de medidor durante todo el año.

RESULTADO

El Programa de Ahorro y Uso eficiente de Energía en el Hospital, se basa en el componente de sensibilización y cultura del ahorro, para lo cual se hace uso de diferentes medios de divulgación y control del consumos publicación de afiches alusivos al ahorro y uso eficiente de la energía, el envío de mensajes a través de Outlook entre otras.

CUADRO 28
CONSUMO DE ENERGIA

VIGENCIA	COMSUMO ANUAL GENERADO EN Kw	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN Kw	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO %	META ALCANZADA DE AHORRO %
2008	700400	0	18150,92	0	0	
2009	645151	-55249	18012,01	-138,9	0	
2010	703800	58649	18479,6	467,59	0.1	
2011	706200	2400	192058,66	173579,06	0.1	100

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

El comportamiento del consumo para el periodo comprendido entre los años 2010 al 2011, tiene una tendencia de aumento mínima en 0.3% equivalente a 2400kw/h, entre los años 2009 a 2010 se observa un aumento del 9,09% significativo frente al año inmediatamente anterior, entre los años 2008 y 2009 se presenta una disminución del 7.88% en el consumo del recurso, este comportamiento tiende a equilibrarse debido a las acciones anteriormente mencionadas. Verificados los recibos correspondientes de energía se pudo detectar que estos se cancelaron dentro de las fechas límites establecida por la entidad.

Es importante tener en cuenta que los valores reportados en SIVICOF solo corresponde a la se de del hospital no incluyendo la del Centro de Atención en Drogadicción Despertar, por lo tanto la información no genera confianza.

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS

Socialización sobre segregación y manejo de residuos sólidos

Publicación de Artículos relacionados con la segregación y manejo de residuos sólidos en el Boletín Interno

Publicación de Afiches alusivos a la segregación de residuos sólidos y reciclaje

Enviar mensajes a través de Outlook

Divulgar a través de parlante mensajes alusivos a la segregación y manejo de residuos sólidos

Disminución de residuos per. Cápita

Inspección de estado de recipientes y segregación por servicios

CUADRO 29
RESIDUOS CONVENCIONALES

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KG.	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO	VALOR ANUAL CANCELADO	META PROGRAMADA %	META ALCANZADA DE AHORRO %
2008	85130	44269	38789,74	0	
2009	42881	-42249	24713,52	0	
2010	55271	12390	18973,75	0.5	
2011	58346	3075	18640,45	0.5	0

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

CUADRO 30
MATERIAL RECICLADO

VIGENCIA	PESO ANUAL RECICLADO EN Kg.	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO EN Kg.	META PROGRAMADA %	META ALCANZADA DE AHORRO %
2008	20360	0	0	
2009	13215	-7145	0	
2010	13464	249	0.5	
2011	11847	-1617	0.5	0

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

Según el cuadro anterior para la vigencia del año 2011, se evidencia una disminución del 12,01% en material reciclaje con relación al 2010, entre el año 2009 y 2010 se observa un incremento del 1.8% que refleja una concientización frente al reciclaje. La Cooperativa ARCRECIFRONT 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 0.5% de incremento en la generación de reciclaje, no cumpliendo con la meta establecida. 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. Igualmente la meta establecida para la vigencia 2011 en reducir en un 0.5% los residuos ordinarios o comunes no se cumplió, al contrario se aumento en un 5.7%, estos residuos son debidamente pesados y registrados en el formato RH1, para luego ser entregados a la empresa encargada LIME. S.A ESP

CUADRO 31
RESIDUOS NO CONVENCIONALES

VIGENCIA	PESO ANUAL RESIDUO PELIGROSO EN Kg.	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO EN Kg.	VALOR ANUAL CANCELADO	META ALCANZADA DE AHORRO
2008	N/A	N/A	N/A	N/A
2009	26865	0	22160,05	
2010	33078	6213	26985,1	
2011	40603	7525	32561,855	

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

En el comportamiento de los residuos no convencionales (peligrosos) del periodo 2010-2011 se observa un incremento en la generación del 22,8% y en el pago por este concepto del 20,7% situación que requiere de seguimiento para determinar las falencias en la segregación de los mismos en los diferentes servicios.

El Hospital contrato el tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos con la empresa ECOCAPITAL SA ESP durante la vigencia 2011 el monto por pago de recolección de residuos peligrosos correspondió a \$31.878.210 en el Hospital San Blas y el CAD \$477.260.

Incineraciones BOK se entregó para destrucción 3295 Kilos entre residuos químicos, envases de ampollitas y medicamentos vencidos y/o parcialmente consumidos, empaques o embalajes de residuos químicos con la orden de prestación No. 19 de 2011 por valor de \$4.081.000.

Metales procesados E.U. que se encarga de la recolección, transporte, almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y disposición final de residuos líquido fijador, líquido revelador y placa fotográfica provenientes del servicio de imagenología, el hospital suscribió la orden de servicio 555 de 2009 la cantidad entregada correspondió a 1189.5 galones de líquidos fijadores y reveladores y 944.5 Kilos de placas Rx.

Con el objetivo de dar cumplimiento al numeral 7.2.10 *“realizar auditorías e interventoras ambientales y sanitarias”* del Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia, el hospital realizo auditoria a la empresa ECOCAPITAL SA ESP El 29 de septiembre de 2011 y a la empresa METALES PROCESADOS E.U el 14 de octubre e Incineraciones BOK en 4 marzo, en todas las empresas se evidencio el cumplimiento de la normatividad vigente para realizar la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos entregados por la institución.

Para el manejo de los residuos infecciosos o de riesgo biológico están diseñadas y establecidas las rutas internas con sus respectivos horarios para su recolección y transporte desde el lugar de generación hasta el almacenamiento central donde posteriormente son recogidos por la empresa ECOCAPITAL, quienes los transportan para la disposición final.

Con relación a la información que debe reportar el hospital referente al monitoreo del PGIRH a la secretaria distrital de salud, esta se realizo mediante el aplicativo

SIRHO los correspondientes informes de indicadores para las 2 sedes que generaron residuos hospitalarios, transmisión que se realizó en marzo del 2012.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL AIRE

El Hospital para la ejecución de las diferentes actividades que realiza contó para La vigencia 2011 con el siguiente parque automotor de su propiedad:

Cuadro 32
Parque Automotor

Línea	Modelo	Combustible	NºCertificado	Fecha Expedición	Fecha Vencimiento
Esteem	1997	Gasolina	19735	05/07/2011	05/07/2012
Microbús	1991	Gasolina	25249	24/10/2011	24/10/2012
Ambulancia	2007	Diesel	6714205	05/01/2011	05/01/2012
Ambulancia	1994	Gasolina	17219	18/05/2011	18/05/2012
F-1150	1998	Gasolina	A34583-0	05/05/2011	05/05/2012
Ambulancia	2009	Diesel	A30346-0	23/01/2012	23/01/2012

Fuente: Hospital San Blas, Gestión Ambiental

Durante el año 2011 contó con seis vehículos, cuatro trabajan con gasolina y dos con Diesel, a los cuales se les realizó durante la vigencia auditada los mantenimientos preventivos y las pruebas técnico mecánicas para obtener sus certificados de revisión técnico mecánica de gases, cumpliendo con la normatividad vigente.

El Hospital cuenta con dos (2) fuentes fijas generadoras de emisiones atmosféricas así:

Caldera de 30BHP ubicada en el Centro de atención de Drogadicción Despertar, la empresa AMBAR TECH realizó el análisis el 25 de agosto 2011, dando como resultado el cumplimiento de las normas atmosféricas actualmente vigente para las condiciones de la ciudad de Bogotá. Con la orden de servicio No 881 de 2011 con un valor de \$1.450.000

La caldera de 60 BHP ubicada en el hospital, la empresa HSB Compañía de Consultoría Ambiental _nter. Realizo la evaluación de calidad de aire el 17 de febrero del 2012, dando como resultado el cumplimiento de las normas atmosféricas actualmente vigente para las condiciones de la ciudad de Bogotá. Con la orden de servicio No. 1049 de 2011 por un valor de \$1.832.800.

3.7.1 Dentro de las actividades programadas para la vigencia del año 2011 se incluyo la limpieza y desinfección de los 3 tanques de almacenamiento de agua potable de las sedes de atención del hospital así: Centro de atención en Drogadicción Despertar y Balcones los días 16 y 28 de julio del 2011, actividad que se realizo una sola vez, contraviniendo lo reglamentado en el Art 2 del Capitulo 2 de la Resolución 2190 de 1991 de la Secretaría Distrital de Salud y el Artículo 10 del capitulo 4 del Decreto 1575 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, el Incumplimiento de los procedimientos de lavado de los tanques ocasiona que la calidad del agua no cumpla con los estándares para el consumo humana.

3.7.2 Se observó en visita a Farmacia del Hospital, que algunas cajas de cartón de medicamentos e insumos hospitalarios no son debidamente destruidas, incumpliendo lo estipulado en el Manual de Procedimientos para la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios adoptado por el Hospital, como se puede observar en las fotos adjuntas (foto 1 y 2) y así evitar su reutilización y posibles falsificaciones de medicamentos contraviniendo la Resolución 1164 de 2002 del Ministerio del Medio Ambiente, Anexo 2 en cuanto a *“GESTION DE RESIDUOS QUIMICOS. MEDICAMENTO 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”*.



3.7.3 La entidad no cumplió con la meta propuesta de disminuir los residuos ordinarios o convencionales en un 0.5%, situación que se evidencia al comparar el año 2010 donde la cantidad generada de residuos convencionales fue 55.271Kg respecto al 2011 que fue de 58.346Kg, produciendo un aumento del 5.5% en estos residuos, en esta vigencia el manejo de los residuos no se realiza

adecuadamente, igual situación sucede con el material reciclado donde se presenta una disminución del 12% para la vigencia del 2010- 2011 cifra comparado con los años anteriores 2009-2010 donde su disminución fue de 1.8%, contraviniendo de esta manera lo establecido en el numeral 3.4.3 Programa Ambiental uso eficiente de los residuos sólidos del Plan de Acción del PIGA.

3.8 EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS

El proceso de Atención al Usuario y Participación Social hace parte del macro proceso Estratégico, esta relacionado con todas las áreas de la entidad e interactúa con los demás procesos determinados en el mapa, su función esta determinada en contribuir en brindar a los usuarios una atención oportuna y amable, suministrando la información requerida a la ciudadanía que requiere de los servicios que presta la ESE; de otra parte propender por garantizar el derecho a la salud, promover la participación social a través del servicio al ciudadano y el trabajo permanente con la asociación de usuarios del hospital. Con las diferentes formas de participación ciudadana se persigue que los ciudadanos conozcan sus deberes y derechos y salud. Igualmente su trabajo es enfocado a garantizar el derecho a la salud, propender por la mejora en la calidad de la prestación de los servicios, brindar orientación, información y solución a las inquietudes de los ciudadanos, facilitar el acceso a los servicios, la identificación y solución de expectativas, estas funciones son coherentes con la humanización del servicio como estrategia de transformación cultural.

Se dispone de la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social que depende de la Gerencia, en cumplimiento de sus objetivos que le corresponden dispone de los siguientes funcionarios: Una Jefe de Oficina Asesora de Atención al Usuario y Participación Social, una Trabajadora Social que es la encargada de manejar la participación social y registro de población con discapacidad, ocho orientadores repartidos en tres orientadores de citas telefónicas, dos orientadores atención ventanilla, un orientador SQS, un orientador conmutador-Perifoneo y una secretaria.

Para promover la participación social se hace a través de la Asociación de Usuarios y el comité de ética. Con las asociaciones se trabaja constantemente y de forma fusionado, este grupo está conformado por ciudadanos de las localidades además de un profesional que hacen parte del Hospital, en los comités se hace seguimiento y acompañamiento de las acciones realizadas, los avances en la identificación de necesidades, el resultado de la gestión se reporta mensualmente, trimestralmente se socializa el informe de SQS con los referentes

de las áreas y se envía copia a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol para su conocimiento y fines pertinentes.

Como herramientas para facilitar la divulgación de la información y el desarrollo de la participación ciudadana se utiliza la correspondencia, buzones, teléfonos, el aplicativo SQS y la atención personalizada al ciudadano. Se cuentan con 12 buzones ubicados así: Consulta Externa, Pediatría, Oficinas Administrativas, CAD Despertar, Urgencias, Quirúrgicas, Hospitalización, Hospital Día, Medicina Interna, Salas de partos, Rayos X, Laboratorio Clínico, semanalmente cada lunes en compañía de un representante de la Asociación de Usuarios se abren los buzones y se levanta acta de apertura y se direcciona los requerimientos con los referentes de área que le corresponda la queja.

CUADRO 33
COMPORTAMIENTO REQUERIMIENTOS 2010-2011

TIPO DE REQUERIMIENTO	Año 2010	Año 2011	% Comportamiento
DERECHO DE PETICION	150	224	49
QUEJAS	151	119	-23
RECLAMOS	426	337	-21
SUGERENCIAS	20	32	60
FELICITACIONES	92	161	75
TOTAL	839	913	

Fuente: Información Oficina de Atención al Usuario y Participación Social –carpetas de respuesta a peticiones

Comparado el total de escritos tramitados durante el año 2010 que ascendieron a 839, frente a los 913 del año 2011, se presenta incremento del 8.8 % en el periodo evaluado, esto obedeció en gran parte al aumento de las felicitaciones que crecieron en un 75% lo cual constituye en algo positivo en la gestión que cumple el hospital en la prestación de los servicios de salud; sin embargo los derechos de petición se incrementaron en un 49% y las sugerencias en un 60%. Los escritos se clasifican en: derechos de petición, quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones, las manifestaciones más frecuentes en la vigencia 2011 están relacionadas con la programación de citas, en la calidad del suministro de alimentos, dificultad de acceso a servicios por motivos de agenda, inadecuada atención por parte de algunos colaboradores del área de salud, demora en la generación de la facturación y mantenimiento de los baños. Como resultado de los escritos de ser evidente lo manifestado en la queja se genera acciones de mejoramiento.

Es de resaltar el comportamiento de las felicitaciones del año 2011 que tuvo un incremento del 75 % en proporción a la vigencia 2009, fundamentalmente relacionadas con la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud.

El hospital realizó la rendición de cuentas a la comunidad de la localidad, esta forma de participación ha contribuido a aumentar la participación ciudadana y al reconocimiento por parte de la ciudadanía de los derechos que tienen y de los servicios que presta la ESE, sin embargo la rendición de cuenta no se encontró en la pagina del hospital para consulta e información de la ciudadanía.

En esta auditoria se verificaron la respuesta de 50 escritos, los cuales fueron tramitados y contestados resolviendo el asunto de fondo y dentro de los términos referidos en el Código Contencioso Administrativo. Sin embargo se evidenció la siguiente situación en los archivos.

3.8.1 Hallazgo administrativo, en las respuestas a peticiones de ciudadanos tramitadas en el mes de junio y julio de 2011, se evidenció que los archivos que contienen los soportes presentan inconsistencias tales como: queja No.430, no reposa la respuesta; las quejas No. 417 y 451 recibidas el 6 de junio y 7 de junio de 2011, la respuesta al ciudadano están fechadas el 31 de enero y 2 de febrero de 2012, situación que incumple con lo normado en el Procedimiento de Sistema de Quejas y Soluciones del Hospital San Blas y el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011.

Reunión Con la Comunidad

En cumplimiento del programa de auditoría se realizó reunión con miembros de la Asociación de Usuarios del Hospital San Blas, en la reunión el equipo auditor presento el motivo de la auditoria Regular y el contenido de los Memorando de Encargo y el Memorando de Planeación en lo correspondiente con los componentes auditar y el resultado de la visita fiscal adelantada en cumplimiento del PAD 2012 Ciclo III.

Una vez enterados, la comunidad manifestó que si consideran pertinente y de tener alguna inquietud que amerite investigación lo podrán en conocimiento del equipo auditor.

DPC Tramitados

En cuanto a DPC, durante el ejercicio auditor se recibieron dos DPC así; DPC 1228-12 OFICIO 2012EE 0067349 de la Central Única de Trabajadores de Colombia CUT relacionado con el cumplimiento de la C-614 de la Corte Constitucional, al cual se le dio el trámite de acuerdo con lo normado.

Respuesta:

La actual administración que se posesionó el 15 de mayo de 2012, solicitó a los jefes de cada área evaluar en sus dependencias la cantidad y perfil necesario de funcionarios; como resultado del diagnóstico en un lapso de cinco meses se pasó de 369 contratistas por prestación de servicios a 254 al 30 de septiembre de 2012.

Se está diseñando un proceso que permita en un lapso de tiempo de tres (3) años, contar con una planta de personal que responda a las necesidades actuales y proyectadas del Hospital, de servidores que estén vinculados mediante una relación formal y solamente de manera excepcional se cuente con contratistas de prestación de servicios; para lo cual se inició un estudio de cargas de trabajo como soporte a la propuesta de planta de personal, estudio financiero y estudio misional de estructura administrativa.

La entidad no dispone de un rubro presupuestal que permita de manera inmediata realizar las consultorías, se logró con la Secretaría Distrital de Salud SDS como cabeza del sector salud en Bogotá, suscribir el 12 de agosto de 2012, el convenio interadministrativo No.1054-2012 entre la SDS y el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. En este convenio la Secretaría apropia los recursos para financiar los siguientes estudios por parte del Hospital “1.) Elaborar el diagnóstico de la ESE con información de enero 1 de 2008 a junio 30 de 2012. 2). Elaborar una propuesta de rediseño institucional que incluya el estudio de cargas laborales y la plataforma estratégica. 3). Elaborar una propuesta de Plan de Desarrollo Institucional, Fiscal y Financiero...”. Cuando se cuente con estos estudios, se tramitará ante las instancias pertinentes (Junta Directiva del Hospital, Secretaría Distrital de Salud, Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital y Comisión Nacional del Servicio Civil), su aprobación y poner en funcionamiento una nueva Política de Recursos Humanos en la entidad, por lo cual la vinculación de los servidores será una relación laboral formal y solo para actividades no permanentes y, de manera excepcional, se acudirá a la modalidad de prestación de servicios.

3.9 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS COMUNICADOS

En desarrollo de la Auditoría Regular a la vigencia 2011 del Hospital San Blas y en cumplimiento del PAD 2012 Ciclo III, no se presentaron controles de advertencia ni pronunciamientos.

3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE LA CUENTA

Revisada la cuenta de la vigencia 2011 presentada por el Hospital San Blas II Nivel ESE, a través del SIVICOF, se ajusta a los parámetros y requerimientos establecidos en la Resolución No. 034 del 21 de diciembre de 2009 *“Por medio de la cual se prescriben los métodos y establece la forma, términos y procedimientos para la rendición de la cuenta y la presentación de informes, se reglamenta su revisión y se unifica la información que se presenta a la Contraloría de Bogotá D.C.; y se dictan otras disposiciones”*,.



4. ANEXOS

4.1. CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION			
			3.2.1.1.1	3.2.1.2.2	3.2.2.1.1	3.2.2.2.1
ADMINISTRATIVOS	25	NA	3.2.3.1.1	3.3.1.1	3.3.8.1	3.4.1.1
			3.4.2.1	3.5.1	3.5.2	3.5.3
			3.5.4	3.6.1.1	3.6.1.2	3.6.1.3
			3.6.1.4	3.6.1.5	3.6.1.6	3.6.1.7
			3.6.2.1	3.7.1	3.7.2	3.7.3
			3.8.1			
			FISCALES	2	\$5.695.575	3.6.1.5
DISCIPLINARIOS	6	NA	3.5.1	3.5.2	3.5.3	3.5.4
			3.6.1.5	3.6.1.6		
PENALES	0	NA				

5. SEGUIMIENTO PLAN DE MAJORAMIENTO

ORIGEN	CAPITULO	NUMERO Y DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES CORRECTIVAS	NOMBRE INDICADOR	META	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA TERMINACION	RESULTADOS DEL INDICADOR	GRADO AVANCE FISICO DE LA EJECUCION DE LAS METAS	AVANCE FISICO	Análisis seguimiento o Contraloría	Rango de cumplimiento seguimiento Contraloría	Estado de la acción formulada (A= abierta, E=ejecución C= cerrada)
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan	Socializar e implementar los mapas de riesgo.	Numero de funcionarios capacitados en la implementación de los mapas de riesgo / Total de funcionarios seleccionados para manejar riesgos	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	En el mes de noviembre se realiza actividad con los referentes de los servicios del hospital en donde el área de planeación hace énfasis en la revisión de la política de administración del riesgo y a su vez solicita la actualización de los mapas y mitigación del riesgo con el objetivo de verificar si las actividades planteadas se dieron cumplimiento para su mitigación. En el mes de diciembre se envía al área de Gestión Pública y Autocontrol actualización de mapas de riesgos para su evaluación. Durante el primer trimestre de 2011 se adjunta seguimiento y capacitaciones sobre riesgos en el comité de calidad a 12 referentes. LOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS EN TOTAL SON 46 DE LOS CUALES HASTA LA	Se verificó la existencia del mapa de riesgos actualizado a 31 de diciembre de 2011. y reportada por el hospital en SIVICOF. SE CIERRA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9		correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993								FECHA HAN SIDO CAPACITADOS 13, ACTUALMENTE SE TRABAJA CON LA VEEDURIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NUEVA HERRAMIENTA DE MAPA DE RIESGOS COMO CONTROLES PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, INDICADORES DE EFICIENCIA Y EVALUACION DEL RIESGO 'Se adjunta actas de comité de calidad en donde se evidencia capacitaciones y seguimiento del mapa de riesgos (32 referentes), es de aclarar que este procedimiento de actualización y socialización del mapa de riesgos y mitigación es continuo. Se actualiza mapa de riesgos teniendo en cuenta los procesos identificados en la entidad				
Auditoría Gerencial con enfoque Integral Modalidad Regular	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por	Evaluar la mitigación de los riesgos a través de las acciones programadas	Numero de Planes de mitigación evaluados / Total de planes contemplados en los mapas de riesgos	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	En cada mapa de riesgos suministrados por el área de planeación se realiza la observación correspondiente por el área de Gestión Pública. 'Se adjunta oficio 404-GFGPA-037 de 7 abril de 2011 en donde se evaluaron 38 mapas de riesgos y se dieron algunas recomendaciones de mejora por parte del área de Gestión Pública y Autocontrol. Teniendo en cuenta las observaciones de la Oficina de Gestión Pública se procedió a unificar los riesgos teniendo en cuenta el mapa de procesos (16), además se sugirió al área de calidad implementar controles e indicadores en el mapa, de acuerdo al	Se verificó la aplicación de la metodología y asesoría de la Veeduría Distrital. SE CIERRA	2	C

Vigencia 2009		las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993									acompañamiento de la veeduría el hospital adopta esta herramienta y realiza una prueba piloto con un proceso seleccionado (sistemas de información) Se adjunta acta del mes de julio por parte de la asesoría de la veeduría (teniendo en cuenta el plan de trabajo definido entre la veeduría y el hospital el Gestor de calidad realizo la propuesta del mapa de riesgos incluyendo los controles, documento que fue remitido para revisión por parte de la asesoría y del cual surgieron las recomendaciones frente a como quedaron establecidos los controles, para ello sugiere al gestor de calidad ajustarlos de tal forma que los controles que no son efectivos y no se apliquen salgan del mapa y se reemplacen por otros efectivos de tal forma que minimicen las causas que generan los riesgos y permita que la valoración de los riesgos no superen un nivel medio para su tratamiento.			
Auditores Guerber y Sotomayor	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de	Realizar trimestralmente acciones de mejora con respecto a la política de administración del riesgo	Número de acciones realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se adjunta formato de acciones correctivas y/o preventivas que conlleven 4 acciones de mejoras que serán planteadas al equipo de análisis de proceso el día 4 de mayo. Teniendo en cuenta las observaciones de la Oficina de Gestión Pública se procedió a unificar los riesgos teniendo en cuenta el mapa de procesos (16), además se sugirió al área de calidad implementar controles e indicadores en el mapa, de	Se verificó que efectivamente el hospital, cuenta con una política de administración de riesgos actualizada,	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>		<p>riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993</p>									<p>acuerdo al acompañamiento de la veeduría el hospital adopta esta herramienta y realiza una prueba piloto con un proceso seleccionado (sistemas de información) 'Resolución 232 del 1 de agosto se ajusta política de administración del riesgo adoptando metodología de la veeduría., se evidencia en la pagina web de la institución</p>	<p>el mapa se debe evaluar periódicamente. SE CIERRA</p>		
<p>Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc</p>	<p>3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Interno</p>	<p>3.3.02 La entidad no da cumplimiento a los términos establecidos para la formulación y remisión del plan de mejoramiento a la oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Verificada la notificación de los informes de auditoria realizadas por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol fechados enero 19 de 2009, sobre 1) Plan de Mejoramiento Contraloría, dependencia facturación Cartera y Glosas, 2) conciliaciones de</p>	<p>Una vez ejecutadas las auditorias a cada área, se debe remitir: 1- Un informe sobre resultados al referente del área afectada. 2- Planeación y el referente del área elaboraran el Plan de Mejoramiento y dentro de los 10</p>	<p>Numero de correctivos realizados en el Plan de cada área dentro del termino previsto / Total de correctivos formulados en el área</p>	<p>>=80 %</p>	<p>Carlo s Eduar do Pined a - José Cerm eño- José Rome ro - Mauri cio Triviñ o - Andrés Flores - Andre a</p>	<p>01/11/ 2010</p>	<p>31/10/20 11</p>	<p>Trimestr al</p>	<p>100</p>	<p>Durante el mes de enero se socializo auditorias de glosas aún no presenta plan de mejoramiento, el día 2 de febrero se socializo auditoria de medicamentos controlados fecha de vencimientos para presentar plan de mejoramiento es el 17 de febrero. Se realizaron auditorias de gestión y de calidad socializando entregando copias de las auditorias a cada referente auditado, se observa con preocupación la no entrega del p0lan de mejoramiento respectivo dentro del termina establecido en el procedimiento.' Se da cumplimiento al cronograma de auditorias (gestión y calidad) se evidencia entrega de planes de mejoramiento por procesos, se</p>	<p>La oficina de Gestión publica y Autocontrol adelanto el programa de auditoria de CI, El resultado fue socializado en el proceso correspondiente, en el año 2011 SE CIERRA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ia 200 9		cartera? y 3) Contratos de arrendamiento de Servicios Personales de Carácter Privado se establece que no han sido remitidos los planes de mejoramiento a ejecutar dentro de los diez días siguientes y no hay evidencia de efectividad de acciones. Se incumple el procedimiento del Macro Proceso de Evaluación Institucional Resoluciones 168 de 2008 y 130 de 2010, el párrafo cinco del requisito 8.2.2 Auditoria Interna, 8.5.1 Mejora continua, 8.5.2 Acción Correctiva de la norma NTGP: 1000 2004, literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	días siguientes se enviara a Gestión Pública y Autocontrol el Plan y las evidencias. .3- Hacer el seguimiento.			Luen gas					entrega auditorias a la oficina asesora de planeación oficio 077 de 2011, realizando seguimiento a planes de mejoramiento por procesos se evidencia el no cumplimiento de ciertas áreas. Se da cumplimiento al cronogramas de auditorias teniendo en cuenta el procedimiento interno establecido en el cual se habla de socialización del referente del área auditado, el cual entregan plan de mejoramiento, en la oficina de gestión pública y autocontrol reposan las evidencias			
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Inte gral Mo dali	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se	1Revisar el proceso de evaluación y control para garantizar que las auditorias internas son responsabilidad de la oficina de gestión publica.	Proceso ajustado/Proceso sujeto de ajuste	100%	Luz Marin a Dura n	01/11/ 2010	31/10/20 11	Trimestr al	100	Se reviso y se analizo procedimiento de auditorias de calidad por el área de gestión pública, se solicito el perfil de los auditores de calidad con el objetivo de iniciar auditorias. En Comité de Gerencia la Dra. Luz Marina Durán asesora de Gestión pública informo la necesidad de darle cumplimiento al procedimiento en cuanto a la convocatoria de auditores internos de calidad. Se dio inicio al plan de auditorias de calidad vigencia 2011, actualización procedimiento auditorias	Se actualizo el proceso de de evaluación y control SE CIERRA	2	C

dad Regul ar Vig enc ia 200 9		establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI: 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.								internas, se actualiza procedimiento de auditorias internas resolución 0045 de 2011 Se estableció mediante resolución 000232 de 1 de agosto de 2011 lineamientos para ejecución de auditoria integrales y de calidad				
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oque Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI: 2005 y NTGP	2. incorporar la figura de comisión de auditores internos ante la oficina de gestión publica para el cumplimiento de auditorias internas.	No de auditores asignados/No de auditores requeridos	100%	Carlo s Pined a y Laura Acev edo	01/11/ 2010	31/10/20 11	Trimestr al	100	Mediante oficio 404-GFGPA-118 se solicito al área de planeación el perfil de los auditores, según respuesta 403-GFPA-242 se recibe perfil. Cumplimiento al plan de auditorias vigencia 2011(auditorias internas de calidad)	Las auditorias se programan con el concurso de auditores internos habilitados SE CIERRA	1.7	C

		1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorías internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoría generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorías internas de calidad en los sistemas de MECI: 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.	3, asegurar la disposición de personal competente en auditoría internas	Evaluación del desempeño del Auditor Interno asignados satisfactorias / auditores internos asignados	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se analiza perfil y se sugiere darle cumplimiento al procedimiento en la convocatoria de nuevos auditores de calidad. En desarrollo auditorías internas como también con sus auditores de calidad definidos y suministradas por la entidad En desarrollo auditorías internas como también con sus auditores de calidad definidos y suministradas por la entidad 'Se da cumplimiento al cronogramas de auditorías internas	En desarrollo auditorías internas como también con sus auditores de calidad y suministradas por la entidad 'Se da cumplimiento a las auditorías internas SE CIERRA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.04. La unidad documental donde obra el registro del resultado de las sesiones de junta directiva del Hospital San Blas no se ajusta en su totalidad a lo normado. Revisado el libro de actas de Junta Directiva radicado ante la Secretaria Distrital de Salud con el N° 145 de julio 25 de 2007, se evidencia que éste no consigna la firma de la Presidente de Junta Directiva para el acta No. 6 (sesión ordinaria folio útil No. 004), entre los folios útiles foliados y sellados por la citada Secretaria con los números 037 y 038 se inserta hoja que contiene parte de lo escrito en el folio 38, excepto por el texto ?Con respecto a esta petición el Presidente informa que se hará vía telefónica el día jueves 22 de Noviembre de 2007 sujeta a que llegue la adición de los recursos [j2]? y la anulación de los espacios para la firma de presidente y secretario, además en el acta de reunión extraordinaria de junta</p>	<p>Verificar el registro de las actas de Junta Directiva en el libro oficial una vez terminada cada cesión.</p>	<p>Actas Firmadas / Actas Realizadas</p>	<p>100%</p>	<p>Carlos Eduardo Pineda - José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Verificadas el registro en el Libro de Las Actas de la Junta Directiva debidamente firmadas, Se verifica libro de actas firmada No. 001 de 25 de enero de 2011, Se verifica libro de actas firmada No. 002 de 22 de febrero de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, Se verifica libro de actas firmada No. 003 de 16 de marzo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, 'Se recibe actas firmada No. 005 de 28 de abril extraordinaria de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, 'Se recibe actas firmada No. 006 de 26 de mayo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia 'Se evidencia actas de julio, agosto, septiembre y octubre 010 y 011 del mes de septiembre y octubre de 2011</p>	<p>El libro de actas reposa en Gerencia 'Se evidencia las actas de Junta Directiva realizadas en el 2011 SE CIERRA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	--	-------------	--	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	---	-----------------	-----------------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		directiva No. 010 no se consigna firma del secretario. Con lo anterior se incumple los artículos 17 y 16 respectivamente del Acuerdo Distrital 17 de 1997 para las dos primeras evidencias y el artículo 11 del Acuerdo 025 de 2009 expedido por la Junta Directiva del Hospital San Blas para la tercera.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integralidad Regional Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema Control Interno	3.3.04. La unidad documental donde obra el registro del resultado de las sesiones de junta directiva del Hospital San Blas no se ajusta en su totalidad a lo normado. Revisado el libro de actas de Junta Directiva radicado ante la Secretaría Distrital de Salud con el N° 145 de julio 25 de 2007, se evidencia que éste no consigna la firma de la Presidente de Junta Directiva para el acta No. 6 (sesión ordinaria folio útil No. 004), entre los folios útiles foliados y sellados por la citada Secretaría con los números 037 y 038 se inserta hoja que contiene parte de lo escrito en el folio 38,	Verificar las firmas de la Presidencia y Secretaria de la Junta Directiva en todas las Actas	Actas Firmadas / Actas Realizadas	100%	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Verificadas el registro en el Libro de Las Actas de la Junta Directiva debidamente firmadas por Presidente y Secretario de la Junta Directiva, Se verifica libro de actas firmada No. 001 de 25 de enero de 2011, Se verifica libro de actas firmada No. 002 de 22 de febrero de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, 'Se verifica libro de actas firmada No. 003 de 16 de marzo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, Se verifica libro de actas firmada No. 004 de 125 de marzo extraordinaria de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia, Se recibe actas firmada No. 006 de 26 de mayo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia	El libro de actas reposa en Gerencia 'Se evidencia las actas firmadas por el presidente y la secretaria SE CIERRA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>excepto por el texto ?Con respecto a esta petición el Presidente informa que se hará vía telefónica el día jueves 22 de Noviembre de 2007 sujeta a que llegue la adición de los recursos [j2]? y la anulación de los espacios para la firma de presidente y secretario, además en el acta de reunión extraordinaria de junta directiva No. 010 no se consigna firma del secretario. Con lo anterior se incumple los artículos 17 y 16 respectivamente del Acuerdo Distrital 17 de 1997 para las dos primeras evidencias y el artículo 11 del Acuerdo 025 de 2009 expedido por la Junta Directiva del Hospital San Blas para la tercera.</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos</p>	<p>Elaboración y actualización de los procedimientos de gestión documental, formatos, manuales</p>	<p>No de documentos actualizados y aprobados por resolución/ Total de documentos del proceso de gestión documental</p>	<p>Elaborar 5 Procedimientos, 4 formatos y 1 manual</p>	<p>José Cermeno-Gerardo Vera - Freddy Serrano</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se anexa resolución 205 de septiembre de 2010 en el cual se actualiza y se crean algunos procedimientos y se incluyen en el listado de maestro documental, se aprueban formatos de gestión documental. (procedimientos recibo y despacho de correspondencia interna, recibo de correspondencia externa y traslado, eliminación documental, transferencia documental, generación de backup equipos de computo) se diseño manual interno de archivo y correspondencia y se elaboraron formatos tabla de retención documental, inventarios de historias clínicas, formato único de inventario documental, formato de eliminación documental), Se actualizan procedimientos con la nueva codificación incluyendo puntos de control soportados con la resolución 00082 - 00088 de abril de 2011, también se aprueba manual interno de archivo</p>	<p>Se verificó que efectivamente se elaboraron y actualización de los procedimientos de gestión documental, formatos, manuales entre otros SE CIERRA</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	--	--	--	--	---	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	---	------------	----------

		de la norma NTGP 1000:2004.												
Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso:	Socialización e implementación de los documentos	No de funcionarios socializados/total No de funcionarios programados para socialización	Capacitación a los funcionarios encargados de los archivos de gestión	José Cermeno Gerardo Vera - Freddy Serrano	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	evidencia de socialización en gestión documental en 44 funcionarios	Se verifico en la Oficina de Planeación el registro de alguna socialización de documentos SE CIERRA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia	Revisiones de la implementación de los documentos a través de listas de chequeo	No de funcionarios evaluados en conocimiento de los documentos/ Total de funcionarios seleccionados para la evaluación	100%	José Cermeno-Gerardo Vera - Freddy y Serrano	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se evalúa adherencia a la capacitación del 2010 se adjunta evidencias, calificación promedio 54%, se hace necesario nueva capacitación y adherencia, 'Se realizo capacitación taller aplicación de tablas de retención documental y Gestión documental, se realizo evaluación postes el promedio de la nota fue de 7,3 se anexa grafico de reclutados exámenes con calorificación y listado de asistencia	Se verificó que hay actas de socialización de documentos como de gestión documental, procedimientos, formatos, manuales entre otros SE CIERRA	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Reguladora Vigilancia	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento	Realizar las acciones de mejoramiento	Acciones de mejoramiento elaboradas/Acciones de mejoramiento programadas	100%	José Cermeno-Gerardo Vera - Freddy Serrano	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se incluye plan de mejoramiento de gestión documental - archivo, Se realizo encuesta de conocimiento a 18 funcionarios que producen, manejan y custodian el archivo documental y la calificación promedio fue de 54 en una escala de 1 a 100, producto de lo anterior se programaran 2 capacitaciones de refuerzo en el segundo semestre, 'Se realizo encuesta de conocimiento a 18 funcionarios que producen, manejan y custodian el archivo documental y la calificación promedio fue de 54 en una escala de 1 a 100, producto de lo anterior se programaran 2 capacitaciones de refuerzo en el segundo semestre. 'Se realizo capacitación taller aplicación de tablas de retención documental y	Se cuenta con las TRD adoptadas mediante acto administrativo las cuales han sido socializadas en los procesos CERRADA	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

2009		Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.									Gestión documental, se realizó evaluación postes el promedio de la nota fue de 7,3 se anexa gráfico de resultados exámenes con calorificación y listado de asistencia			
Auditoría	3.3	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de	Actualizar el nomograma del Hospital,	No. De procesos con nomograma actualizado / Total de procesos contemplados en el mapa de procesos	un (1) nomograma actualizado	José Cermeno	01/11/2010	30/03/2011	Semestral	100	Se verifica en la página Web vinculo de nomograma de 5 procesos de 16 sin embargo la oficina de Gestión Pública corrobora y esta sujeto a planes de mejora ejemplo la descripción de la <ley en algunos casos no corresponde, se hace necesario realizar las correcciones pertinentes. Se recibe oficio de fecha marzo 30 con CD el cual junta nomograma institucional por procesos incluye 16 procesos	El hospital Cuenta con el nomograma por procesos CERRADA	2	C

encia 2009		la calidad. Se incumplen la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y f numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumplen la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y f numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP	Socialización del documento	No de funcionarios capacitados/ Total de funcionarios seleccionados	100% de los responsables de los procesos	José Cermeno - Dora Galindo	20/04/2011	15/06/2011	Mensual	100	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de abril se evidencia socialización de nomograma a referentes , se socializa a través de la página Web, Se verifica a través de la página web	El nomograma por procesos ha sido socializado a los funcionarios CERRADA	1.7	C

		1000: 2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumplen la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y f numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.	Verificación de listas de chequeo	Listas de chequeo diligenciadas/ Total de listas de chequeo programas	100% de los responsables de los procesos	José Cermeno - Dora Galindo	15/07/2011	20/09/2011	Bimensual	100	'se suministra lista de chequeo del mes de julio, proceso sistemas de información, se suministra lista de chequeo del mes de agosto, proceso Direccionamiento y Gerencias, y Sistemas Integrado de Gestión, se suministra lista de chequeo del mes de octubre proceso Mercadeo y Comunicaciones, Jurídica, Recursos Físicos y el proceso misional (5 procesos consulta externa, urgencias, unidad quirúrgicas, hospitalización y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	El normograma ha sido socializado y se deja soporte en actas firmadas por los funcionarios CERRADA	2	C

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modelado Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumplen la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y f numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.</p>	<p>Realizar las acciones de mejoramiento</p>	<p>Acciones de mejoramiento elaboradas/Acciones de mejoramiento programadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>04/10/2011</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>En la lista de chequeo se verifica que en el procesos de sistemas de información las normas establecidas están vigentes y corresponden a la norma, 'Se actualiza la resolución 105 del 2005 denominada banco de programas y proyectos ya que la descripción no correspondía a la norma del proceso Direccionamiento y Gerencia, Se actualizaron 16 normas, procesos Mejoramiento Continuo, Atención al Usuario y Gestión Documental,' Se actualizo el Acuerdo 260 del 2004 y se elimino Ley 489 de 1998 ya que se encontraba en el proceso Misional</p>	<p>El normograma ha sido actualizado por procesos CERRADA</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
--	--	--	--	---	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.07. El control de registros ?Listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunicamos los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009 ?Existen 34 cuentas abiertas sobre las</p>	<p>Actualización del listado maestro de documentos incluyendo todas las resoluciones de aprobación de documentos</p>	<p>Listado maestro de documentos actualizado incluyendo las resoluciones a probadas / Total de resoluciones de aprobación de documentos</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se actualiza en conjunto con los procedimientos, 'En la actualidad en la pagina web se verifica el listado maestro de documentos con los procedimientos aprobados siguiendo la trazabilidad desde el año 2008 encontrándose en ella las ultimas versiones de cada una de los procedimientos, Durante el primer y segundo trimestre de 2011 se actualizaron 105 procedimientos con la nueva codificación y puntos de control el cual fueron incluidos las resoluciones 082 - 089 -100 de 2011, se estandarizaron 98 formatos, 36 guías, 5 instructivos, 3 manuales y 5 planes lo anterior incluido en el listado maestro de documentos se adjunta evidencia</p>	<p>Se actualizó y se cuenta con el listado maestro de documentos , se maneja en la Oficina de Planeación CERRADA</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	--	---	--	---	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	---	---	------------	----------

		cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003) . Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros ?Listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunicamos los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las	Socialización del listado maestro	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	José Cermeno-	01/11/2010	23/02/2011	Trimestral	100	Se socializa a través de la página Web, 'En la actualidad en la pagina web se verifica el listado maestro de documentos con los procedimientos aprobados siguiendo la trazabilidad desde el año 2008 encontrándose en ella las ultimas versiones de cada una de los procedimientos, A pesar de que existía la fecha de terminación es un proceso continuo la socialización a través de la página Web 'Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia, Se evidencia codificación en el listado maestro de documentos de 200 formatos, 130 guías, 5 instructivos, 6 manuales, 8 planes, 248 procedimientos y 2 protocolos, este actividad es un proceso continuo y sistemático	El listado maestro de documentos ha sido socializado a los funcionarios CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009 ?Existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003)] . Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.</p>									<p>durante la vigencia de todo el año y comienzo del primer semestre del 2012</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

<p>Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.07. El control de registros de documentos? del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunicados los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009?Existen 34 cuentas abiertas sobre las</p>	<p>Verificación de la socialización</p>	<p>No de funcionarios que conocen el listado maestro de documentos/ No de funcionarios seleccionados</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>02/03/2011</p>	<p>20/04/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se inicia estrategia de comunicación plan padrino con el objetivo de socializar los requisitos contemplados en los sistemas de gestión Mecí, sistema gestión de calidad, sistema obligatoria de calidad, sistema de gestión ambiental, salud ocupacional, sistema de la gestión salud laboral, se enreja a líderes las cartillas que contienen los sistemas de gestión para ser entregadas a cada funcionario, se evaluara la socialización del listado maestro con los documentos actualizados en el nuevo formato, no obstante lo anterior la fecha de terminación del plan de mejoramiento esta vencida si embargo este proceso es continuo, 'Se verifica evaluaciones mediante prueba selectiva a los funcionarios del Hospital (ahijados) se adjunta evidencia a pesar de existe fecha de terminación dentro del plan de mejoramiento este proceso es continuo 'Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia, A través de la estrategia plan padrino se ha evidenciado la socialización del listado maestro y evaluación del listado maestro</p>	<p>Se evidenció actas de socialización de Oficina de Planeación CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	-----------------	-----------------

		cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003] . Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.												
Auditoría Gerencial con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros ?Listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de	Realizar las acciones de mejoramiento	No de acciones de mejoramiento realizadas/Total de acciones de mejora programadas	100%	José Cermeno-	18/05/2011	30/06/2011	Mensual	100	Se entrega a líderes del plan padrino las cartillas que contienen los sistemas de gestión para ser entregado a cada funcionario, 'Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia, como plan de mejoramiento se programan reuniones de seguimiento con la gerencia con el objetivo de mejorar los procesos y el conocimientos de todos los documentos por cada servicios, se concertó fecha producto de las evaluaciones como planes de mejora para actualización y socialización de documentos, proceso que debe ser continuo.	Se entrega a líderes del plan padrino las cartillas que contienen los sistemas de gestión para socializar en los procesos CERRADA	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9		2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009 ?Existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003)] . Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.												
Auditoría Gerencial con Enf	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.08. La alta dirección no asegura la asignación de recursos para el adecuado desempeño de los procesos. La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol requiere Auditor Médico y profesionales que	Revisión de la alta dirección hará seguimiento trimestral y formulará acciones de choque para	Actividades de revisión por la alta dirección a aseguramiento de asignación de recursos a los procesos del sistema/	100%	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeno-José	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se contrata auditor de calidad para el área de Gestión Pública y Auto control desde el mes de diciembre, se traslada enfermera jefe como auditor administrativa para el área de facturación, Se contrata auditor medico para la oficina asesora de Gestión Pública y Autocontrol Dr. Alfonso	Se cuenta con auditores de calidad, para el desarrollo de las auditorias. CERRADA	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>o</p>	<p>apoyen la ejecución de auditorías internas de calidad, El comité de facturación, requirió auditor administrativo para el área de urgencias en virtud de ser el servicio que más glosas genera (consta en actas 08 de 27 agosto 2009, 09 de sep. 29 de 2009, 11 de noviembre de 2009, 12 de diciembre 29 de 2009 y 01 de enero 28 de 2010 del Comité de Facturación, solicitud reiterada de compra de escáner para atender las necesidades del servicio dada la entrada en vigencia de la Resolución 3047 de 2008 (actas de comité de facturación de octubre 10 de octubre de 2009, 009 de septiembre 29 de 2009, 008 de 2009, 27 de agosto de 2009, 007 de julio 30 de 2007, 006 de junio 24 de 2009, 005 de mayo 28 de 2009. Incumpliendo el literal b) del numeral 6.3 Título Infraestructura de la Norma NTGP 1000:2004.</p>	<p>asegurar la asignación de recursos a los procesos Contratación del personal requerido en las áreas citadas. Adquisición del escáner en el área de autorizaciones</p>	<p>actividades de revisión planificadas. Contratos realizados área de gestión Pública para el Auditor Médico y Auditor de Calidad, Contrato realizado como auditor administrativo , compra de scanner para el área de facturación</p>	<p>Rome ro - Mauri cio Tribin - Andrés Flores - Andrea Luen gas</p>														
---	----------	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.09 Los controles de fecha de vencimiento de medicamentos que dispone el hospital no son efectivos para eliminar el riesgo de disposición de medicamentos vencidos en el punto de dispensación al usuario de consulta externa y garantizar la entrega de los medicamentos a los adultos mayores de 62 años en los términos de ley. El hospital San Blas como consecuencia de la no adhesión a sus procedimientos internos de control de fechas de medicamento dispone de medicamentos vencidos en la farmacia de consulta externa y el no llevar el control de medicamentos pendientes de entrega a adultos mayores de 62 años garantiza el cumplimiento de entrega de medicamentos pendientes en el término de 48 horas en el lugar de residencia del usuario, evidencia es la verificación realizada a los estantes de la farmacia de consulta externa y encontrar 2 cajas del</p>	<p>Disponer de un mecanismo para controlar la rotación y manejo de los medicamentos con el objeto de hacer seguimiento a las fechas de vencimiento. Socializar y verificar el cumplimiento del proceso de semaforización. Identificación y registro del paciente mayor de 62 años para cumplir con el envío de los medicamentos pendientes a su domicilio antes de las 72 horas</p>	<p>Para el caso de los medicamentos se establece la relación: No. de medicamento s vencidos /Medicamentos del inventario= 0 Para los pacientes mayores de 62 años: % de cumplimiento = No. de medicamentos pendientes entregados / No. total de pendientes generados en el mes</p>	<p>Establecer que en farmacia no haya medicamentos vencidos. El 95% de cumplimiento de medicamentos pendientes para los pacientes de consulta externa.</p>	<p>Referente del Servicio de Farmacia</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta acta de reunión de farmacia fecha 12 de noviembre donde se socializo procedimiento de semaforización. Se evidencia según informe suministrado por el área de farmacia del 95% durante los meses de noviembre y diciembre en lo que se refiere a entrega de medicamentos pacientes de 62 años (reporte firmado por el referente del área), oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de enero 99.72, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de marzo mayores de 62 años para el mes de enero 100%, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de enero, oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de febrero 100%, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de febrero, oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de marzo 99.72, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de marzo, Se adjunta socialización de control de medicamentos vencidos al personal del área, se adjunta inventario de consulta externa con su semaforización</p>	<p>Se utiliza la semaforización de los medicamentos como medida de control para el manejo de las fechas de vencimiento CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	--	--	---	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>medicamento Alopurinol de 300 mg ya vencidos, FF julio 2008 , FV jul. 2010, lote 08290408, laboratorio Memphis y el resultado del seguimiento a la identificación de medicamentos pendientes de entrega a adulto mayor que permitió establecer que no hay control e identificación del adulto mayor de 62 años a quienes se le tengan medicamentos pendientes de entrega, el cumplimiento de entrega en casa cuando llegan a la farmacia de consulta externa, y que no se dispone del listado de medicamentos agotados. De forma verbal se determina que al momento de la visita fiscal no se cuenta con Beclometazona nasal e Imipirina de 25 mg, la primera por error en la solicitud al proveedor quien remitió otra presentación conforme a la orden de pedido remitida por el hospital y la segunda por agotamiento. Por lo anterior se incumple el procedimiento</p>									<p>correspondiente al mes de mayo, indicador entrega de medicamentos a pacientes mayores de 62 años 99,93%', se realiza seguimiento durante los meses junio, julio, agosto y septiembre Mes de octubre se atendieron 539 pacientes mayores de 62 años de los cuales no quedaron pendientes por la entrega de medicamentos, se adjunta listado de medicamentos en farmacia de consulta externa con sus fechas de vencimiento</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

		Vigilancia y Control de Fechas de Vencimiento de Medicamentos y Disposición Final adoptado mediante Resolución 258 de noviembre 11 de 2009 y 222 de septiembre 30 de 2009, y la Ley 1117 de 2007.												
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.010. Por pérdida de placas de rayos x el área de facturación no puede dar respuesta a las glosas presentadas por los pagadores y potencia su riesgo de constituirse en glosa definitiva, de otro lado la lentitud en su proceso de lectura se desencadena la generación de glosas por no allegar este soporte. Efectuado el seguimiento al Comité de Facturación se establece en su sesión 8 de agosto que el proceso de lectura de placas de radiología es muy lento, por tal razón en el mes de abril la mayoría de facturas se fueron sin soporte, la radicación del mes de mayo está en las mismas condiciones y el promedio de glosa por falta de este soporte se encuentra en aumento, de igual forma que no se puede realizar lectura de RX por la no existencia de las placas soporte consecuencia de su pérdida (acta 006 de 2009 del Comité de Facturación) Incumpliendo la Ley 87 de 1993 en su artículo</p>	<p>* Se dispondrá de un libro donde se registraran las placas prestadas a los médicos tratantes y a su vez se les exigirá dejar el carnet que los identifica como funcionario del hospital, hasta el momento en que retornen estas placas al servicio. Criterio 2 El Hospital contratara los servicios de una secretaria con el fin de agilizar el proceso de transcripción de las placas informadas por la</p>	<p>1 - libro de registros de préstamos de placas de RX 2 .Numero de placas tomadas / número de placas con lecturas x 100 3 - Implementación del procedimiento de toma y lectura de placas de Rx</p>	<p>100%</p>	<p>Coordinador de Urgencias / Helber Sánchez</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se contrato a Nubia Janeth Galán el cual una de sus actividades es transcriptor de datos., se evidencia libro en el cual se hace prestamos a médicos, se evidencia según informe suministrado por Luis Albarracín de las placas tomadas durante noviembre 2168 leídas 2031, en el mes de diciembre tomadas 2431 leídas 2584, pendiente por implementar formato de entrega de resultados a archivo de RX (indicador oportunidad entrega de resultados) pues son ellos los encargados de suministrar al paciente la lecturambre, en cuanto al procedimiento esta pendiente su aprobación por resolución. consumo mes de enero No de estudios con lectura 2768/ número de estudios tomados 2404=115%, Consumo mes de febrero Número de estudios con lectura 1830/ 2242 número de estudios tomados = 81%, Consumo mes de marzo Número de estudios con lectura 1751/ 2394 número de estudios tomados = 73% 28-07-2011, 'La lectura de los estudios presenta una demora de 15 días calendario debido al incremento en el número de ecografías solicitadas ya que con el nuevo ecografía se dio apertura a nuevos estudios que no se venían realizando con el cecógrafo anterior, a su vez, la demanda de estudios radiológicos tuvo un aumento</p>	<p>se esta llevando el control en un libro sobre las placas de radiología por una funcionaria del nivel de secretaria CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	---	-------------	--	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	--	----------	----------

	2 literal e).	Radióloga, y de esta forma mejorar el estándar de oportunidad en la entrega de resultados en cinco (5) días. El referente del servicio hará un seguimiento a este respecto los cinco primeros días de cada mes, además se incluirá nuevo procedimiento de toma y lectura de placas y se incluirá como punto de control al estándar de oportunidad de entrega de resultados o sea 5 días							importante en los últimos meses haciendo que el tiempo requerido para llevar a cabo la lectura se viera afectada. Como acción correctiva se aprobó realizar una brigada que se llevará a cabo los sábados 25 de junio y 2 de julio con el fin de cumplir con el plan de mejoramiento. Número de estudios con lectura 2905/2961 número de estudios tomados= 98% para el mes de mayo, seguimiento junio, julio, agosto, septiembre, 'Se adjunta oficio de 13 de octubre donde se informa que el indicador de oportunidad del mes de septiembre se aumento producto de estudios de mamografía que haciendo uso que el personal actualmente convenido no compensa con la demanda mostrada, para tal fin se contrato como plan de contingencia , la lectura de 1500 estudios radiológicos mensuales con la empresa Diagnósticos Integrales S.A con el fin de brindar oportunidad, contrato que esta rigiendo a partir del 1 de octubre		
--	---------------	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macro procesos estratégico (direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento</p>	<p>Actualizar y aprobar las Políticas de Operación con que cuenta el Hospital</p>	<p>Numero de políticas aprobadas por resolución / Total de políticas generadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>A la fecha no ha sido aprobada ninguna política institucional. 'Resolución 00088 de abril de 2011 se aprueba la política de seguridad informática, 'Se actualiza Política de Administración de Riesgos Resolución 232 de 2011</p>	<p>Se aprobaron y actualizaron las políticas de control las cuales están para consulta en el manual de calidad. CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Humano, Gestión de Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continúo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que éstas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución												
Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se	Socializar a los referentes las políticas de operación de acuerdo al mapa de procesos	No de funcionarios a quienes se socializo las políticas de operación //Total de funcionarios seleccionados para capacitación	100%	Planeación y los referentes de cada área	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta circular firmada por el Gerente al equipo de análisis o responsable del proceso con el objetivo que cada uno difunda las políticas de operación tal como lo establece la resolución en donde se aprueba esta política, planeación hará seguimiento mensualmente adjuntando evidencias de los responsables con cada grupo de colaboradores., 'El 2 de junio se socializa política de seguridad informática se adjunta evidenciase evidencias actas desde el mes de abril hasta Octubre firmadas por los referentes del proceso, Objetivo socialización Políticas de Operación.	Los líderes de los procesos socializaron en sus áreas las políticas de calidad como se evidencia en actas de registro. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

encia 2009	consolida la matriz de políticas de operación para los macro procesos estratégico (direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continúo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que éstas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macro procesos estratégico (direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento</p>	<p>Verificar la socialización de las Políticas de Operación</p>	<p>Número de funcionarios evaluados / Total de funcionarios programados para la evaluación</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se evidencia socialización del Asesor de Gestión Pública y Autocontrol al personal que labora en esa área, se adjunta socialización políticas de seguridad informática, urgencias, Dirección, Sistemas de Gestión de calidad, 5 de 16, 'Se evidencian actas desde el mes de abril hasta Octubre firmadas por los referentes del proceso, Objetivo socialización Políticas de Operación. Se evalúa una vez socializada las políticas de operación su adherencia.</p>	<p>Se evidencia en actas de registro, firmadas por los funcionarios que les socializo las políticas de calidad. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	---	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Humano, Gestión de Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continúo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que éstas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regulación Vigilancia	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se	Realizar los ajustes respectivos a las políticas de acuerdo a los procesos que las requieran	Numero de ajustes realizados / ajustes requeridos en políticas operacionales	Numero de Ajustes	José Cermeno	01/12/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se aprueba política de seguridad informática, se actualiza Código de Buen Gobierno en el mes de Junio, Se actualiza Política de Administración de Riesgos Resolución 232 de 2011	Se ajustaron y las políticas están plasmadas en el Manual de Calidad del Hospital San Blas. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

encia 2009	consolida la matriz de políticas de operación para los macro procesos estratégico (direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continúo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que éstas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Siste ma Con tr o l Intern o Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>3.3 Evalu ación del Siste ma Con tr o l Intern o</p>	<p>3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005-estructura del Modelo.</p>	<p>Conformar el equipo análisis de los procesos</p>	<p>numero de equipos conformados/ procesos del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>100%</p>	<p>José Cerm eño-</p>	<p>01/11/ 2010</p>	<p>31/10/20 11</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se notifica mediante circular y correo interno a los referentes del equipo de análisis y procesos.</p>	<p>Se evidencio que por los procesos hay líderes que hacen parte del equipo de análisis. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Siste ma Con tr o l Intern o</p>	<p>3.3 Evalu ación del Siste ma Con tr o l Intern o</p>	<p>3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los</p>	<p>Socializar el equipo análisis de los procesos al interior de la organización</p>	<p>No de aéreas capacitadas/ Total de aéreas seleccionados para capacitación</p>	<p>100%</p>	<p>José Cerm eño-</p>	<p>15/11/ 2010</p>	<p>31/10/20 11</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se socializa a través de la página web y se realiza seguimientos en comités de calidad</p>	<p>El equipo de análisis es el responsable de socializar los documentos del SGC como se evidencia en registros. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>

Regular Vigencia 2009		procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005-estructura del Modelo.												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005-estructura del Modelo.	Implementar el plan padrino para el cumplimiento de las acciones programadas	Plan Padrino Desplegado / Plan padrino programado	100%	José Cermeno-	15/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Durante los meses de noviembre y diciembre el grupo de calidad se traslado a las áreas con el objetivo de identificar el líder o padrino para elaborar la estrategia y presentar en el mes de enero de 2011 al Gerente, del anterior ejercicio se seleccionaron 54 padrinos, Se da inicio a la estrategia de comunicación plan padrino, se escoge los lideres para socializar los sistemas de gestión y a su vez se evaluara conocimientos de procedimientos de sus áreas como también el listado maestro de documentos. con esta estrategia de comunicación se socializa semaforización del riesgo de seguridad del paciente, plataforma estrategica y segregación en la fuente se hace entrega de las cartillas con cubrimiento del 100% de los funcionarios, se deja como tarea para el siguiente mes socialización de procedimientos y guías de cada servicio, indicadores del poa y el reporte de quejas y reclamos de los funcionarios a cargo de cada lideren el cual se escogen los lideres responsables y sus reuniones se realizaran	Se implemento el plan padrino como herramienta para ser más eficaces la implementación de las acciones de mejoramiento. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

											mensualmente a partir del mes de junio. 'Ser socializo enfoque basado en procesos, ciclo de mejoramiento continuo, mapa de procesos, procedimientos y codificación de listado maestro de documentos, igualmente las características de la calidad y se informa que se evaluara lo del mes anterior y el presente, se consolido cuadro de control con las calificaciones de todos los padrinos,' se realizo la sexta jornada de la estrategia plan padrino en el CAD Despertar, en donde se trataron temas como la socialización del MECI y preparación para la prueba virtual en el premio Distrital a la Gestión			
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigenc	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:	Verificar la efectividad de las acciones formuladas con la lista de chequeo	Acciones formuladas efectivas según Listas de chequeo diligenciadas / Total de listas de chequeo programadas	100%	José Cermeno-	15/01/2011	31/10/2011	Trimestral	100	Una de las actividades del plan padrino es la verificación del cumplimiento de las tareas en cada uno de los servicios diligenciando listas de chequeo, que se implementara a partir del mes de junio, 'A través de la estrategia plan padrino se seleccionaron ahijados y se realizo verificación de conocimientos en temas como semaforización del riesgo, MECI, dando puntaje a cada uno de los padrinos incorporando esta información en el tablero de control de seguimiento de las actividades de cada uno de los padrinos	Hay registros de aplicación de la lista de chequeo a los funcionarios los cuales los maneja la oficina de planeación. CERRADA	2	C

ia 200 9		2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005-estructura del Modelo.												
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.013 En la verificación del cumplimiento a los términos pactados para el pago de las obligaciones, llama la atención que en algunos contratos no se cumple con ello, es así como en el contrato 585 pactaron pagos a los 90 días, llegando en algunas oportunidades a los 6 meses el pago, igual situación con el contrato 1132 se efectuaron 4 meses después, lo que puede generar riesgo para la entidad ante eventuales demandas. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Dar cumplimiento a lo establecido a lo pactado	contrato de proveedores cancelados de acuerdo a lo pactado/ contratos suscritos	100%	José Alberto Romero	01/02/2011	31/10/2011	Trimestral	60	Esta acción correctiva indicaba el 2 de febrero, se recibe cuadro firmado por el Tesorero del Hospital Edwin Mauricio Gonzales cumpliéndose en 54% de no vencido y vencida en un 46% para el periodo del febrero a abril de 2011, teniendo en cuenta que los saldos que se manejaban en este periodo es importante anotar que la falta de liquidez no permitió cumplir en su totalidad con los compromisos pactados con los proveedores de bienes y servicios, Durante el trimestre de agosto a octubre de 2011 se dio cumplimiento a cuentas por pagar proveedores en un porcentaje no vencido de 64% Nota: TENIENDO EN CUENTA LOS SALDOS QUE SE MANEJABAN EN ESTE PERIODO E SIMPORTANTE ANOTAR QUE LA FLTA DE LIQUIDEZ NO PERMITIO CUMPLIR EN SU TOTALIDAD CON LOS COMPROMISOS PACTADOS CON LOS PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS	Se esta manejando los términos pactados para el pago de obligaciones pero por la situación financiera hay desfases. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.014 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$2.4 millones por el pago de la imposición de multas confirmadas por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0397 de mayo 27 de 2008, 146 de 6 de marzo de 2008 y 0734 de julio 7 de 2008, en virtud de multas impuestas al hospital mediante resoluciones 053 de febrero 20 de 2006 (\$0.4 millones), 537 de octubre 10 de 2006 (\$1.2 millones) y 1001 de octubre 17 de 2007 (\$0.86 millones), respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a las resoluciones expedidas por el ente auditado durante la vigencia 2008 y 2009 se establece que en virtud de quejas presentada por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente</p>	<p>Verificar estado de indagación preliminar de acuerdo con el Artículo 150 de la Ley 734 de 2002, para determinar la apertura de la investigación disciplinaria. Realizar 2 Capacitaciones desde el área de calidad con el objetivo de generar conducta sobre la importancia de prestar un servicio idóneo, acorde de las características enmarcadas y los parámetros de calidad como son accesibilidad, oportunidad,</p>	<p>Sanciones impuestas / Investigaciones en proceso. Capacitaciones realizadas/ capacitaciones programadas y evaluar adherencia</p>	<p>100%</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se recibe oficio No. 350-GFCDI de 16 de junio de 2011 de Control Disciplinario interno en donde relaciona el estado de las investigaciones disciplinarias por multas en el periodo de noviembre a junio de 2011. Expediente Disciplinario 002 de 2011 multa por parte de la Secretaria Distrital de Salud por la suma de 8,160,0000 de conformidad con las copias de las resoluciones remitidas por la Oficina Asesora Jurídica investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, Expediente 003 de 2011 multa por valor de \$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Régimen Disciplinario, Se recibe oficio 350-GFCDI-035 en el cual se relación las investigaciones disciplinarias que se adelantan por esa dependencia con corte a 30 de octubre de 2011 y que corresponden a la imposición de</p>	<p>Se están adelantando los procesos disciplinarios de conformidad con la ley 734.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	--	--	---	-------------	---	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	------------	----------

	<p>de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad, previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital mediante ordenamiento de tres cheques de gerencia de la cuenta 0084 ? 6999? 9901, como consta en oficio 315 AAT 251 dirigido al gerente del Banco Davivienda el día septiembre 29 de 2008, y recaudados por el Fondo Financiero Distrital mediante comprobantes de ingreso a Bancos No 107808 (\$1.2 millones), 107809 (\$0.4 millones) y 107810 (\$0.86 millones) fechados el 30 de septiembre de 2008. Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.</p>	<p>continuidad seguridad y pertinencia.</p>							<p>multas al hospital San Blas por concepto de investigaciones administrativas adelantadas por parte de la SDS, en la actualidad no se ha determinado dentro de las averiguaciones la presenta responsabilidad de funcionarios públicos derivados de los hechos puestos en conocimientos y por lo tanto la dependencia continuara con las actuaciones procesales precedentes dentro del marco de la Ley 764 de 2002</p>			
--	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.015 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$1.7 millones por el pago de la confirmación de la imposición de sanción proferida por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 262 de enero 31 de 2008 por incumplimiento del artículo 42 de la convención colectiva de trabajo (Resolución confirmada 2546 de octubre 6 de 2003 de la Coordinación Grupo de Prevención, Inspección Vigilancia y Control de esta Dirección Territorial). Revisada la unidad documental Resoluciones 2008 se establece que mediante Resolución 096 de 2008 se ordena el pago de multa impuesta contra el hospital consecuencia de querrela presentada por la agremiación de conductores al servicio del distrito capital, por presunta violación de la convención colectiva de trabajo, especialmente el artículo relacionado con el suministro de dotaciones, dado que</p>	<p>Verificar estado de indagación preliminar de acuerdo con el Artículo 150 de la Ley 734 de 2002, para determinar la apertura de la investigación disciplinaria. Verificar y realizar seguimiento a la convención colectiva.</p>	<p>Sanciones impuestas / Investigaciones en proceso. Seguimiento y cumplimiento a la convención colectiva.</p>	<p>100%</p>	<p>Subgerente Administrativo y Financiero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se recibe oficio No. 350-GFCDI de 16 de junio de 2011 de Control Disciplinario interno en donde relaciona el estado de las investigaciones disciplinarias por multas en el periodo de noviembre a junio de 2011. Expediente Disciplinario 002 de 2011 multa por parte de la Secretaria Distrital de Salud por la suma de 8,160,0000 de conformidad con las copias de las resoluciones remitidas por la Oficina Asesora Jurídica investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, Expediente 003 de 2011 multa por valor de \$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Régimen Disciplinario, Se recibe oficio 350-GFCDI-035 en el cual se relación las investigaciones disciplinarias que se adelantan por esa dependencia con corte a 30 de octubre de 2011 y que corresponden a la imposición de</p>	<p>Se están adelantando los procesos disciplinarios de conformidad con la ley 734.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	---	---	--	-------------	---	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	------------	----------

<p>gular Vigencia 2009</p>	<p>resoluciones 614/04 (\$2.6 millones), 388/04 (\$4.1 millones), 450/2006 (2.2 millones) y 802/2006 (\$1.3 millones), respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a la resolución 085/08 expedida por el ente auditado durante la vigencia 2008 se establece que en virtud de quejas presentadas por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad, previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital como consta en comprobantes de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 0097982 de abril</p>	<p>nes desde el área de calidad con el objetivo de generar conducta sobre la importancia de prestar un servicio idóneo, acorde de las características enmarcada y los parámetros de calidad como son accesibilidad, oportunidad, continuidad seguridad y pertinencia</p>									<p>\$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Régimen Disciplinario. Se recibe oficio 350-GFCDI-035 en el cual se relación las investigaciones disciplinarias que se adelantan por esa dependencia con corte a 30 de octubre de 2011 y que corresponden a la imposición de multas al hospital San Blas por concepto de investigaciones administrativas adelantadas por parte de la SDS, en la actualidad no se ha determinado dentro de las averiguaciones la presenta responsabilidad de funcionarios públicos derivados de los hechos puestos en conocimientos y por lo tanto la dependencia continuara con las actuaciones procesales precedentes dentro del marco de la Ley 764 de 2002</p>			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		10 de 2008 (\$2.6 millones), 0097981 de abril 10 de 2008 (4.1 millones), 0097983 de abril 10 de 2008 (\$2.2 millones), 0097984 de abril 10 de 2008 (\$1.3 millones). Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.017 La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que	Establecer en el comité de calidad la responsabilidad que tiene cada presidente y secretario de los comités institucionales	Seguimiento a Comité aprobado/ comités total en la institución	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	01/11/2010	28/02/2011	Mensual	100	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de noviembre, diciembre de 2010 como también actas correspondientes al mes de enero y febrero de 2011 en donde se informa de la responsabilidad y cumplimiento de cada comité institucional.	Se ha hecho énfasis en la responsabilidad que tienen los dueños de los procesos y los líderes de los equipos de auditoría. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interaccionar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		063 de 2006 respectivamente.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.017 La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interaccionar con los	Socializar el comité de calidad a los referentes de cada comité	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	01/03/2011	30/03/2011	Mensual	100	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de noviembre, diciembre de 2010 como también actas correspondientes al mes de enero y febrero de 2011 en donde se informa de la responsabilidad y cumplimiento de cada comité institucional, Se evidencia formato aprobado por el área de calidad para realizar seguimientos a los comités aprobado el 21 de julio de 2011, se evidencia actas de comité	Las actas del comité de calidad se socializan al interior de los procesos. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.3.017 La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interaccionar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y</p>	<p>Establecer Planes de Mejoramiento a todos los comités a través de Auditorias Internas de Calidad</p>	<p>Auditorias Ejecutadas / Comités Realizados</p>	<p>100%</p>	<p>José Alberto Romero y Laura Acevedo</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Semestral</p>	<p>100</p>	<p>A través de las auditorias programadas se evidencian seguimientos a comités. A través de las auditorias programadas se evidencian seguimientos a comités la oficina de planeación mediante oficio de fecha septiembre 29 de 2011 adjunta informe de seguimiento a comités</p>	<p>Se evidencia como consecuencia de los informes de auditoria interna que realiza la oficina de gestión pública y autocontrol, se elaboran planes de mejoramiento. CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	---	---	---	-------------	--	-------------------	-------------------	------------------	------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.												
Auditoría	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.018 La Gerencia al expedir actos administrativos con alcance a asuntos que son competencia de la Junta Directiva se expone al riesgo de extralimitación de funciones. Analizado el texto de la Resolución 321 de 2008 mediante la cual se adopta el Código del Buen Gobierno del Hospital, Título Políticas para la	La Gerencia presentara para aprobación de la Junta Directiva el Código del Buen Gobierno	Código Aprobado por Junta Directiva	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Desde el área de calidad hace entrega del >Acuerdo de creación del Código de Buen Gobierno a la Gerencia para su aprobación de la Junta Directiva en el mes de abril. Se aprueba código de Buen Gobierno Acuerdo 013 de 2011	Se presento y fue aprobado el código de buen gobierno. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9		Administración de la entidad, Subtítulo Junta Directiva. Funciones de la Junta Directiva en donde su contenido define la existencia de la junta directiva, sus funciones, y funciones del gerente se podría estar asumiendo competencias de expedir su reglamento y determinar las funciones del gerente que son de la Junta Directiva. Se incurre en el riesgo de transgredir el acuerdo 17 de 1997 y el acuerdo 20 de 2009 de Junta Directiva del Hospital San Blas.												
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig	3.3 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.3.019 El hospital no da cumplimiento a la aprobación de los planes operativos por la junta directiva y adoptarlos mediante acto administrativo de conformidad a la normatividad vigente. Revisados los planes operativos para la vigencia 2009 se establece que no fueron aprobados por junta directiva y no se adoptaron mediante acto administrativo. Se incumple el Acuerdo 17 de 2007 y Acuerdo de Junta Directiva 20 de 2009.	La Gerencia presentara para aprobación de los planes operativos vigencia 2010 / 2011	Numero de Planes Operativos presentados para ser aprobados por Junta / Total de Planes Operativos Institucionales	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	01/11/2010	28/02/2011	Mensual	100	Se recibe oficio de fecha febrero 8 de 2011 firmado por el Asesor Amado José Cermeño informando al Gerente Dr. Carlos Eduardo Pineda que los POAS y el Plan de Gestión no se presentarían a junta en el mes de febrero por cuanto se hace necesario realizar algunos ajustes a objetivos del Plan de desarrollo Institucional. Fue presentado a la junta para su aprobación y estudio en el mes de marzo los poas , Acuerdo 9 de 2011 por medio del cual se aprueba los planes operativos 2011 del hospital san Blas	Se presentaron POA y fueron aprobados por la junta directiva. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

encia 2009														
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.019 El hospital no da cumplimiento a la aprobación de los planes operativos por la junta directiva y adoptarlos mediante acto administrativo de conformidad a la normatividad vigente. Revisados los planes operativos para la vigencia 2009 se establece que no fueron aprobados por junta directiva y no se adoptaron mediante acto administrativo. Se incumple el Acuerdo 17 de 2007 y Acuerdo de Junta Directiva 20 de 2009.	Socializar los planes operativos	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	01/03/2011	30/03/2011	Mensual	100	Fue presentado a la junta para su estudio mes de marzo, Acuerdo 9 de 2011 por medio del cual se aprueba los planes operativos 2011 del hospital san Blas	En cada proceso los líderes socializaron los planes operativos. CERRADA	2	C
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.020 El hospital no da cumplimiento estricto al diligenciamiento de los formatos mediante el cual se reporta el resultado de la evaluación de	Se verificara el correcto diligenciamiento de los formatos con todos los campos	Verificación total de formatos de evaluaciones anuales (campos y firmas) / # total de	100%	José Alberto Romero y Laura Acevedo	01/11/2010	31/10/2011	Semestral	100	Se verifica el 100% del periodo comprendido entre 1 de febrero del 2010 al 31 de enero de 2011 formatos totalmente diligenciados y archivados en la hoja de vida	Se esta realizando la evaluación del desempeño dos veces al año de	1,7	C

con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	ol Interno	desempeño al personal de carrera. Efectuado el seguimiento al cumplimiento de la realización de la evaluación de desempeño en oportunidad al personal de carrera del hospital se establece que los registros no son fácilmente recuperables y que en ocasiones se omite plasmar la firma del evaluador y/o evaluado y cual es el aporte al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se potencia el riesgo de incumplir la ley 909 2004.	diligenciados y firmados por el evaluado y el evaluador	evaluaciones entregadas								conformidad con la ley 909. CERRADA		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.1 Al consultar el estado en que se encuentran las conciliaciones bancarias a diciembre 31 de 2009, se evidencia que en la cuenta corriente 8400295823 del Banco Davivienda, figuran partidas conciliatorias por Notas créditos no registradas en libros \$219.9 millones, de 2008, así mismo consignaciones no registradas en libros por \$2.1 millones, correspondiente a depositantes no	Legalizar las partidas conciliatorias no registradas en libros a diciembre 31 de 2009 determinadas en el hallazgo	Partidas Legalizadas 2009 / Partidas Conciliatorias	100%	Coordinador de Cartera - Tesorería	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se realiza legalización de la totalidad de las partidas conciliatorias de la vigencia 2009 de la cuenta de ahorros y de la cuenta corriente. Se anexa conciliación bancaria que certifica la legalización de estas partidas.	El hospital realizo las correspondientes conciliaciones y se verifico que se halla cumplido. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Vigencia 2009		identificados, subestimando el saldo de la cuenta en \$222.0 millones y su correlativa deudores-servicios de salud sobrestimada. Se incumple con lo estipulado en los numerales 108, 110, y 117 del Plan General de Contabilidad Pública, expedido por el Contador General de la Nación, relacionadas con las características cualitativas de la información contable, de oportunidad, universalidad y de los principios de contabilidad pública de devengo ó causación.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regul	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.2 La oficina de auditoría de facturación y glosas del Hospital, durante la vigencia 2009, realizó conciliaciones médicas con el fin de aclarar facturación glosada por las diferentes entidades a las cuales les ha prestado sus servicios, no obstante en ellas se aceptan valores glosados por deficiencia en los procesos administrativos que llevaron a cabo los empleados o	Verificar que la totalidad de la Facturación sea debidamente soportada por los facturadores conforme a los procedimientos administrativos, según lista de chequeo	(Total Facturas radicada con glosa inicial/Total de Facturas generada radicada Mensualmente)*100	15%	Yuli Albarracín - Coordinador facturación	01/11/2010	31/07/2011	Mensual	100	El total de las facturas correspondiente a los servicios prestados en el mes de septiembre y radicados durante el mes de octubre son 18,961 y recibidas con glosa inicial en el mes de noviembre 957 q corresponde aun 5% estamos incluyendo FFDS y otros pagadores se anexa cuadro firmado por Coordinador financiero, coordinador de facturación y auditora glosas. Se adjunta seguimiento realizado por los auditores de cuenta a los facturadores como también cuadro de la glosa recibida durante el mes de noviembre, durante el mes de diciembre se	Se cumple parcialmente e se siguen presentando glosas Este hallazgo queda cerrado.	1.7	C

<p>ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>funcionarios encargados de diferentes actividades, conllevando a que la entidad dejara de percibir los respectivos recursos en la venta de servicios, como se detalla en la muestra seleccionada</p>																																																
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

											mes de agosto que fueron radicados en septiembre de 2011, el total de facturas generadas durante el mes objeto del seguimiento fue de 18,900 recibidas con glosa inicial 737 que corresponde a un porcentaje 3,8% (ver cuadro general de glosas)			
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.4 Evaluación Estadísticas Contables	3.4.2 La oficina de auditoría de facturación y glosas del Hospital, durante la vigencia 2009, realizó conciliaciones médicas con el fin de aclarar facturación glosada por las diferentes entidades a las cuales les ha prestado sus servicios, no obstante en ellas se aceptan valores glosados por deficiencia en los procesos administrativos que llevaron a cabo los empleados o funcionarios encargados de diferentes actividades, conllevando a que la entidad dejara de	Ordenar las investigaciones orientadas a la determinación de responsables e iniciar acciones tendientes a la recuperación de los recursos.	(Gestiones Realizadas/Gestiones Programadas)*100	100%	José A Romero - Subgerente Administrativo y Financiero	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta oficios 9739 y 9540 correspondiente a noviembre y diciembre de 2010 a control interno disciplinario en el cual se envía la relación de posibles responsables que generaron glosas. En el mes de enero de 2011 se entregó a la oficina de control interno disciplinario las glosas aceptadas que generaron posible detrimento patrimonial y el posible responsable, 246 facturas como glosa definitiva. 'En el mes de enero de 2011 se entregó a la oficina de control interno disciplinario las glosas aceptadas que generaron posible detrimento patrimonial y el posible responsable, 120 facturas como glosa definitiva. 'En el mes de marzo se radicó a la oficina de control interno disciplinario glosas aceptadas que generaron posible	El hospital en lo concerniente a las glosas le está enviando a control interno disciplinario los posibles causantes de ellas para que inicie la investigación. No han recuperado los recursos. Este hallazgo queda cerrado.	1.7	C

9		percibir los respectivos recursos en la venta de servicios, como se detalla en la muestra seleccionada									detrimento patrimonial y los posibles responsables, se presentaron 119 facturas con glosas definitivas, 'En el mes de abril de 2011 se entrego a la oficina de control interno disciplinario las glosas aceptadas que generaron posible detrimento patrimonial y el posible responsable que la causo, se presentaron 243 facturas como glosas definitivas.			
Auditó ria Gu ber na men tal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200	3.4 Evalu ación a los Estad os Conta bles	3.4.3 En los documentos aportados por el área de cartera en relación con la gestión adelantada para el cobro de cartera de las entidades seleccionadas en la muestra, se observó que con algunas se ha adelantado actividades para el cobro y conciliación de las cuentas, en tanto que con otras como Salud Colombia, Selva Salud, Cajacopi, Comfaboy únicamente se allegan los oficios enviados por el Hospital cobrando, más no conciliaciones realizadas a fin de determinar la realidad de las cuentas por	Diseñar e implementar procedimiento de Conciliación de Cartera vía electrónica con clientes con sede fuera de Bogotá.	(Total conciliaciones vía electrónica realizadas / total clientes con oficinas en ciudad diferente a la ciudad de Bogotá.) *100	60%	Amanda León - Coordinador de Cartera	01/11/2010	30/06/2011	Mensual	100	Se realiza diseño de procedimiento Gestión de Cobro persuasivo y conciliación de cartera vía electrónica con los clientes fuera de Bogotá. Se adjunta soporte. Se hace entrega a coordinación financiera y Subgerente administrativo par su revisión., Se revisa procedimiento con la Subgerencia Activa y la Coordinación Financiera se pasa a planeación para su respectiva aprobación, 'Se revisa procedimiento con la Subgerencia Activa y la Coordinación Financiera se pasa a planeación para su respectiva aprobación, Se hace notificación por correo certificado a los clientes fuera de Bogotá para adelantar proceso de conciliación de cartera vía electrónica, Se hace notificación	Se realiza el procedimiento para conciliar la cartera con los clientes que son externos o sea fuera de Bogotá. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9		<p>cobrar, denotando la falta de voluntad por parte de las entidades para aclarar sus obligaciones y deficiencia por parte del hospital para adelantar los procesos de cobro respectivos.</p> <p>Incumpliendo con el literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.</p>									<p>por correo certificado a los clientes fuera de Bogotá para adelantar proceso de conciliación de cartera vía electrónica, se apruebe procedimiento de gestión de cobro persuasivo de conciliación de cartera resolución 00082 de abril de 2011, Se actualiza la base de datos de los deudores para solicitar la conciliación vía electrónica a partir del mes de noviembre se notificara a los deudores los saldos de cartera con corte a 31 de octubre 2011.</p>			
<p>Auditória Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200</p>	<p>3.4 Evaluación a los Estados Contables</p>	<p>3.4.4 En actas de conciliación médica realizadas por el Hospital con la EPS Humana Vivir, se evidencia que el hospital aceptó glosas por que el paciente pertenece a otra EPS o se debe cargar a otro convenio y se debe re facturar, en la verificación a la misma se estableció que no se ha efectuado el mencionado proceso para las facturas 1686790, 1687943 a Salud Total por \$0.16 millones; factura 1656265 \$0.1 millón a Colsubsidio y \$10.3 millones al FFDS, que de no efectuarse la</p>	<p>Verificar y re facturar las glosas aceptadas determinadas en este hallazgo, para gestionar su cobro. Refacturación mensual de la glosa que implique cambio de pagador Gestionar el cobro de los servicios re facturados con cargo al FFDS.</p>	<p>(Valor Refacturación /Valor Hallazgo)*100 (Total Facturas Refacturadas /Total Facturas a Refacturar)*100 (Gestiones de Cobro Realizadas/ Gestiones de Cobro a realizar)*100</p>	<p>100%</p>	<p>Yuli Albarracín - Coordinador facturación - Fanny Rubio - Glosas Yuli Albarracín - Coordinador facturación Amanda</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se re facturan cuentas del FFDS por valor de \$27, 393,050 y se radica cuentas de cobro el día 7 de diciembre de 2010 mediante oficio GFF-3103132196 se anexa evidencia del cual hace parte de la suma \$50,1 millones, este valor de \$27 millones corresponde al valor total de re facturación de \$35, 247,965 por la modalidad del contrato teniendo en cuenta que algunas actividades intermedia y no son reconocidas por el fondo. Se evidencia re facturación de la 1686790 generada el 22 de octubre de 2008 reemplazada por la fra 2052854 del 16 de septiembre de 2010 de humana vivir a salud total EPS radicada con la cuenta de cobra 803693 en el mes de octubre , fra 1687943 (human vivir)del 23 de octubre de 2008 fue re facturada</p>	<p>Se verifico que las glosas con Humana Vivir se corrigieran. Este hallazgo se cierra.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9		respectiva refacturación podría con llevar a la pérdida de recursos de la entidad, en averiguación realizada en el área de facturación, se informa que las refacturaciones a cargo del FFDS \$ 50.1 millón, no se han realizado, con lo anterior las cuentas deudoras servicios de salud e ingresos están subestimadas en \$60.6 millones, con lo cual se está incumpliendo los acápites 104 y 116 del Plan General de Contabilidad Pública, literales a), e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.				León - Coordinador de Cartera					con la factura 2052844 el 16 de diciembre a salud total con cuenta de cobro 805519 cancelada \$46,680. Se existe una glosa de \$11,10 por diferencia de tarifas, fra 1656265 de agosto 18 de 2008 a humana vivir se refacturo con 2052830 a colsubsidio el 16 de septiembre cuenta de cobro 805483 fue cancelada en noviembre de 2010. Se anexa cuadro en donde se evidencia refacturación por concepto de cambio de pagador de los servicios prestados de agosto a noviembre de 2010, 'Se refacturan cuentas del FDS por valor de \$27,393,050 y se radica cuentas de cobro el día 7 de diciembre de 2010 mediante oficio GFF-3103132196 se anexa evidencia, seguimiento q reposa en el área de gestión pública y autocontrol mes de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2011			
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.5 Efectuado el cálculo de la provisión para cartera de difícil cobro con base en lo dispuesto en la Resolución 242 de 2004 de Gerencia del Hospital San Blas, se determinó que esta ascendería a la suma de \$3.785,1 millones, que comparado con el de los estados financieros a diciembre 31 de 2009 estaría	verificar la aplicación de la resolución vigente	cumplimiento de resolución vigente	100%	Myriam del C. Córdoba B- Contadora; Amanda León R- Coordinadora Cartera	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Conciliado el Saldo del Informe Final de Cartera con el Auxiliar de Contabilidad a 31 Dic. de 2010 en la Provisión de cartera, cuadrado al 100%	Si verifico que la provisión de cartera sea acorde con lo ordenado en la resolución. Pero la cartera de difícil cobro en el sector salud es de baja calidad	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9		subvalorada en \$362.4 millones y por consiguiente su correlativa el gasto afectando el resultado del ejercicio con lo cual se está incumpliendo la Resolución 242 de 2004 del Hospital, acápite 104 y 154 del Plan General de Contabilidad Pública.				ra; Verón ica Hern ánde z; Técni co Carte ra										y debe ser ajustada al100%. Hallazgo Cerrado.
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.4 Evalu ación a los Estad os Conta bles	3.4.6 En la cuenta 190504002 Arrendamientos, se registró la factura 37429 de diciembre 1 de 2009 donde cobra adición por \$1.4 millones de la orden de alquiler 657 de abril 24 de 2009, la cual se registró como anticipo, valor no real dado que el 11 de diciembre de 2009 el supervisor certifico el cumplimiento del objeto contratado, mas aún cuando la adición de la orden fue el 31 de julio de 2009 fecha en que ya estaba vencida la orden que fue por dos meses a partir del 29 de abril sin que medie otro si modificadorio a la ejecución del mismo. Por consiguiente la cuenta 1905 quedo sobrestimada en \$1.4 millones y	Verificar y realizar el análisis del registro contable, teniendo en cuenta todos los soportes.	(Total Registros Revisados / Total Registros Por Revisar)*100	100%	Myria m del C.Cor doba Becer ra- Conta dora	01/11/ 2010	31/10/20 11	Mensual	100	Verificado el Registro del Arrendamiento contabilizado en el Rubro de Arredramientos Pagados x anticipados y Amortizado en Diciembre de 2009, corresponde a la necesidad de mantener el equipo arrendado para la adecuada prestación del servicio a los pacientes, por la cual se realizo la prorroga y adición, de acuerdo con solicitud del supervisor de adición firmada por el supervisor con fecha del 18 de junio de 2009, en la actualidad situaciones como esta no se volvieron a presentar.	Se verifico que el hospital no incumplala clausula señalada en el acapite 104 PCGP. Este hallazgo se cierra.	2	C		



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		subestimando su correlativa 55 gastos publico social. Incumpliendo con el acápite 104 del PGCP												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.7 De la revisión realizada a las órdenes de pago, se establece que el registro contable se ajustó a lo dispuesto en el Plan General de Contabilidad Pública, excepto la contabilización del reconocimiento por servicios públicos y utilización de cocina que debía hacer el contratista al hospital por \$5.6 millones mensual, al haber cruzado su pago con el valor del transporte que el hospital le reconoció al contratista por \$2.8 millones mensuales, los cuales registraron el valor neto, es decir la suma de \$2.7 millones, incumpliendo lo normado en el acápite 123 del Plan General de Contabilidad Pública en cuanto a no compensación.	Analizar el registro contable, teniendo en cuenta la forma de contratación. Se solicitará que el contratista pague el reconocimiento de servicios públicos por caja con el respectivo ingreso en presupuesto.	(Gestión Realizada/Gestión Programada) *100	100%	Myriam del C. Cordeba Becerra-Contadora	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	El Procedimientos de recaudo del pago de servicios públicos del contratista se modifico por el sistema de pago directo a la Tesorería del Hospital y no descontado de las órdenes de pago por el servicio de alimentación, por usufructo de los Servicios Públicos.	Se verifico que el contratista este pagando los servicios públicos vía tesorería. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.8 Como complemento para verificar el registro de los litigios que tiene el hospital, se allegó por parte de la Oficina Jurídica el listado de los procesos administrativos en contra de la Entidad el cual se confrontó con los archivos de procesos en contra de la entidad que se encuentra en SIPROJ que lleva la Dirección Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá, realizándose cruce de los saldos ante lo cual se determinó diferencia en alguno de ellos.	Verificar el cruce entre el informe de contabilidad y jurídica de los procesos a favor y en contra registrados en siproj.	(Total Registros Revisados / Total Registros Por Revisar)*100	100%	Myriam del C. Coroba Becerra-Contadora	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se Verificaron los cruces contables con los auxiliares del registro de litigios del hospital San Blas los cuales cuadran al 100% entre contabilidad y el SIPROJ.	Se verifico que no existan diferencias entre lo reportado y los Estados Contables. Este hallazgo se cierra.	2	C
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.1. Evaluado el recaudo de los rubros Fondo de Desarrollo Local y Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, se encontraron diferencias en las cifras registradas en la ejecución presupuestal en las dos cuentas por cuanto se relacionaron \$673,6 millones, como ingresos de la vigencia 2009, en la cuenta Fondo de Desarrollo	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la vigencia respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesorería / valor registrado en presupuesto	12	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto Edwin González - Tesorero	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	80	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como también enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesorería y cartera, evidencias de junio, julio, agosto, septiembre de 2011 reposan en el área de gestión pública y autocontrol	Se verifico las conciliaciones las cuales no arrojan diferencias. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Regular Vigencia 2009	Local cuando el recaudo real fue de \$780.6 millones (según recibos de caja 1170365 y 1170369 del 11/03/2009; 1239019 y 1239023, del 22/12/2009); lo mismo sucedió con las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, en la ejecución se reportaron \$1.008.5 millones, mientras que el ingreso real fue de \$901.5 millones. Es importante resaltar que el valor total en el recaudo no se afectó, es decir, al hospital ingresaron \$1.682.1 millones, por concepto del FDL de San Cristóbal, no obstante, la inconsistencia se generó porque no se vienen registrando acertadamente los recaudos en las cuentas respectivas en la ejecución de ingresos, desconociendo lo plasmado en la ?Definición de los rubros de ingresos y gastos de las empresas sociales del estado-ESEs.				Amanda León - Coordinadora Cartera									
-----------------------	--	--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.2. En los ingresos corrientes - Venta de Servicios, en las cuentas Régimen Contributivo EPS, Régimen Subsidiado - ARS no Capitado, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito? ECAT, Fondo de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros Pagadores por Venta de Servicios, se presentó subestimación de ingresos, al reportar una diferencia de \$644.9 millones, entre el recaudo registrado en el presupuesto de ingresos y la relación según cartera ? tesorería.	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la vigencia respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesorería / valor registrado en presupuesto	12	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto	Edwin González - Tesorero	Amanda León - Coordinadora Cartera	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	80	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como también enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesorería y cartera, evidencias de junio, julio, agosto, septiembre de 2011 reposan en el área de gestión pública y autocontrol	Se verifico las conciliaciones las cuales no arrojan diferencias. Este hallazgo se cierra.	2	C
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.3. El rubro Atención a Vinculados inició la vigencia 2009, con un presupuesto de \$16.182.3 millones, que fue adicionado en el mes de junio por \$1.781.4 millones, para arrojar un definitivo de \$17.963.7 millones. El recaudo acumulado durante la vigencia arrojó un valor de \$20.552.3 millones, que representa el 1.14% de la ejecución superando	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la vigencia respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesorería / valor registrado en presupuesto	12	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto	Edwin González - Tesorero	Amanda León - Coordinadora Cartera	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	80	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como también enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesorería y cartera, evidencias de junio, julio, agosto, septiembre de 2011 reposan en el área de gestión pública y autocontrol	Se verifico las conciliaciones las cuales no arrojan diferencias. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	la meta programada. En este rubro también se presentaron diferencias ya que la ejecución de ingresos en el mes de marzo se reportaron recaudos acumulados por \$2.793.1 millones, mientras que cartera presentó la suma de \$2.277.4 millones, la diferencia se generó porque en la ejecución se incluyó el valor correspondiente al recibo de caja No. 1172038 del 18 de marzo de 2009, por valor de \$5.7 millones, (de la facturación de febrero a mayo de 2008), del convenio 137 de 2005, (Accidentes escolares), por lo que esta cifra debió clasificarse como recaudo de las cuentas por cobrar FFDS y no en el rubro Atención a vinculados, como efectivamente sucedió. Situación similar se presentó con el recibo de caja 1174008 del 30 de marzo de 2009, los \$510.0 millones, correspondían al saldo del convenio 978/2008, es decir la clasificación pertenecía a las cuentas por cobrar y no	ero Aman da León - Coor dinad ora Carte ra
--	---	---

		a vinculados.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.4. Verificados los registros mensuales de los valores causados por el sistema General de Participación en el rubro presupuestal FFDS-Venta de Servicios sin situación de fondos durante la vigencia 2009, se observó que en el mes de noviembre, no se registró el valor correspondiente a la doceava y en diciembre se relaciona como recaudo del mes \$317.8 millones, para un total recaudado hasta diciembre de \$3.178.4 millones, cifra que difiere del total registrado en la ejecución de ingresos a 31-12-09 por \$3.814.0 millones.	Efectuar las observaciones de las ejecuciones en los formatos CBN 1093 y 1094 cuando existan Registrar mensualmente en la ejecución Presupuestal de ingresos los valores correspondiente al Sistema General de Participación-con el FFDS, por venta de servicios y las partidas correspondientes	Observaciones mensuales en informes SivicoF No. De valores registrados /total valores a registrar mensualmente	12	José Alberto Romero y Mauricio Ariza	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	90	Se adjunta reporte de sivicof formato 1093 - 1094, reporte de predios fuente y registro de ingresos donde se evidencia registro del sistema general de participación meses noviembre y diciembre, se adjunta reporte de sivicof formato 1093 - 1094 reporte de prsis fuente y registro de ingreso correspondiente a enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 Se registra la doceava correspondiente al Sistema General de Participaciones 2011 de los fondos de pensiones, Riesgos Profesionales y Cesantías girados por el Ministerio de Protección Social del mes de julio, agosto, septiembre y octubre	Se verifico que se este cumpliendo o con estos registros. Este hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.5 Evaluación al Presupuesto</p>	<p>3.5.5. La ESE, en medio magnético envió a esta oficina una relación sobre el Sistema General de Participaciones de la vigencia 2009 y relaciona por concepto de Situado Fiscal Asignado la suma de \$3.814.0 millones, por autoliquidación \$3.667.6 millones, como saldo a favor un valor de \$ 360.6 millones y por saldo a cargo la suma de -\$214.2 millones, para un saldo total a favor del hospital de \$146.4 millones. De los datos suministrados se evidenció que se ha conciliado en salud con las siguientes EPS de la vigencia 2009, en el 2010, con: Salud Coop, por -\$53.5 millones (en contra del hospital), Acta del 11 de marzo de 2010; Cruz Blanca por \$2.3 millones (a favor del hospital), el 11-03-2010; Café Salud por \$12.6 millones (a favor del hospital), Acta del 11-03-2010; Coomeva por \$4.8 millones (a favor del hospital), 25-03-2010; Salud Total por \$3.3 millones (a favor del</p>	<p>Establecer las cifras reales con cada una de las EPS, AFP, ARP adjuntando las actas de conciliación</p>	<p># EPS conciliadas/T otal de EPS # de AFP conciliadas/T otal de AFP # de ARP conciliados/T otal de ARP</p>	<p>50%</p>	<p>José Alberto Romero y Laura Victoria Acevedo</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Bimestral</p>	<p>40</p>	<p>Se recibe oficio de fecha 22 de junio firmado por la Coordinadora del área de talento humano informando que las acciones desde el inicio del plan de mejoramiento a la fecha es: se conciliaron 2 EPS el cual se adjunta actas de Humana Vivir y Colpatria, pendiente actas de conciliación de Cafesalud, Saludcoop, Cruz Blanca y Salud Total, indicador de Eps 42%</p>	<p>Se verifico y no han hecho las conciliaciones respectivas. Esta observación o hallazgo queda abierto.</p>	<p>1</p>	<p>A</p>
---	--------------------------------------	---	--	--	------------	---	-------------------	-------------------	------------------	-----------	---	--	----------	----------

		hospital), Acta del 26-04-2010; Humana Vivir por \$0.17 millones (a favor del hospital), acta del 28-04-2010; Famisanar por \$0.99 millones (a favor del hospital), acta del 29-04-2010. Por lo anterior se concluye que se concilió un valor de -\$29.4 millones (en contra del hospital), durante la vigencia 2009.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.5 Evaluación Presupuestario	3.5.6. La ESE en el ?Informe sobre el plan de desarrollo 2008-2012 a diciembre 31 de 2009? , Reportado en SIVICOF como documento electrónico CBN-1014, plantea en el Objetivo Estructurante 1: ?Sostenibilidad Financiera?, numeral 9, el ?Mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria: Optimizar la Infraestructura del Hospitalaria del Hospital San Blas II Nivel Indicador/ Meta. Proyecto Reordenamiento Físico, Ampliación y Reforzamiento Estructural del Hospital San Blas II Nivel Inscrito, estudios y	1. Gestionar la "Viabilización de los estudios correspondiente al proyecto sobre reordenamiento físico, ampliación y reforzamiento estructural del hospital. 2. Gestionar ante la Oficina de Planeación de la SDS los recursos pertinentes	Un (UNO) anteproyecto elaborado / anteproyecto radicado en Secretaria Distrital de Salud.	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Oficio 403-GFPS-252 octubre de 2011 radicado en la SDS 9840 10/27/2011 Ref: modificaciones y ajustes al proyecto reordenamiento , reforzamiento y ampliación del hospital San Blas II Nivel - ESE	Se realizo el estudio pero el hospital no tiene dinero para desarrollar lo propuesto. Esta observación se cumplió. Se cierra el hallazgo	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		ejecución?, en este contexto se analizó que del presupuesto de gastos e inversión aprobado para la vigencia 2009, por valor de \$40.207,9 millones, solamente se asignó para inversión el 0.7%, (245,0 millones), para dotación. Este hecho permite evidenciar que no se está cumpliendo con uno de los objetivos estratégicos del hospital cual es la competitividad, enmarcada dentro del Programa Distrital hacia el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud y con el artículo 1 del Decreto 1769 de 1994.	para iniciar los estudios 3. Revisar que el estudio a realizar corresponde a lo requerido por el hospital 4. Tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias											
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Re	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.7. En cumplimiento al objetivo del programa de auditoría correspondiente al operativo de cierre presupuestal practicado al Hospital San Blas al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se verificaron las operaciones de cierre registradas en los formatos CB 1007 relacionada con el cierre presupuestal y el formato CB1008 que registra los movimientos de cierre.	Los documentos fuente de los informes de cierre serán escaneados y anexos en el informe diario de cierre junto con el envío, al correo electrónico de la Contraloría.	Documentos soporte / Documentos informados Déficit vigencia 2009- Déficit vigencia actual / Déficit vigencia 2009*100	2%	Carlos Eduardo Pineda y José Alberto Romero	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	0		Esta observación no sea corregido y el déficit se continua ampliando. Este hallazgo no fue corregido.	0	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

gular Vigencia 2009	Se examinaron los registros presupuestales del Hospital presentados en el formato CB-1007, de acuerdo a la información consignada en el acta de visita especial, verificándose que en los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2009, se consolidaron un total de 91 registros presupuestales por un monto total de \$1.244,9 millones. En el acta de visita especial realizada por la Contraloría al Hospital el 04/01/2010, para verificar las operaciones de cierre, la comisión asignada para la diligencia, observó que la ESE no reportó los formatos CB 1007 y CB 1008, del 30/12/2009 y según el cuadro que presentó la entidad sobre las operaciones del 30 de diciembre, evidenciaron las siguientes observaciones: ?En la Orden de compra 1417, según documento físico la Disponibilidad 949 es de fecha 30 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIVICOF (29 de diciembre de 2009)?; en el ?Contrato	DISMINUIR EL DEFICIT PRESUPUESTAL EN EL 2 POR CIENTO																
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>1413, según documento físico la Disponibilidad 945 es de fecha 29 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIVICOF (30 de diciembre de 2009)? y ?En el contrato de compraventa 1415 aparece enunciada la disponibilidad 885, en físico corresponde al número 884 como aparece registrado en el formato CB 1007 de fecha 30 de diciembre de 2009?.La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2009, registró un déficit presupuestal de \$5.496.1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$29.939,6 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$35.435,7 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2008, fue de \$6.456,1 millones, cifra que representa una disminución del mismo</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>en \$960 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que aunque se tomaron medidas para reducirlo, estas no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera de la ESE, requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. Por lo que no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, Anexo Técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores</p>													
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con En fo que Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig encia 200 9</p>	<p>3.6 Evalu ación de la Contr atación</p>	<p>3.6.1 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción de la modificación y adición 24 de diciembre de 2009, certificado de Reserva Presupuestal No. 3112, 26 de diciembre de 2009, posterior a la celebración del acuerdo de voluntades. Contrato No. 570/09 de prestación de servicio de vigilancia, fecha de suscripción 1 de marzo de 2009, supervisión Subgerencia Administrativa y Financiera, designación sin fecha, certificado de Registro Presupuestal No. 920 del 9 de marzo de 2009, (folio 266). En ese orden de ideas el contrato iniciaría en esta fecha y de acuerdo con oficio GFF-P 135-10 de fecha 19 de junio de 2010, la administración informa que el contrato inicio el 1 de marzo de 2009, es decir que el contrato inicia su ejecución sin el cumplimiento de los requisitos. Contraviniendo así lo establecido el numeral 3. De la Resolución 1602 del 10 de</p>	<p>1-Verificar que los certificados de disponibilidad presupuestal sean aportados oportunamente en la etapa precontractual, así mismo verificando que la expedición del registro presupuestal sea posterior a la firma del contrato o acuerdo de voluntades y verificando que la fecha de dicho registro sea previa a la ejecución del contrato 2- comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los</p>	<p>Cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 sec</p>	<p>100%</p>	<p>AND RÉS LEO NAR DO FLÓR EZ/ JOSÉ ALBE RTO ROM ERO Y SUP ERVI SOR ES DEL CON TRAT O</p>	<p>01/11/ 2010</p>	<p>30/10/20 11</p>	<p>TRIMES TRAL</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta oficio de febrero 7 de 2011 y junio 3 de 2011 firmado por la oficina asesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autocontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las funciones como supervisión y las obligaciones que de allí se deriven, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos, Se evidencia oficios de junio y octubre 10 de 2011 firmado por la Dra. Dayan Catherine Varón asesora Jurídica en la cual se informa que las supervisiones han sido comunicadas en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando funciones como supervisión y las obligaciones que allí se deriva, de igual manera se han verificado los certificados de</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que se dio cumplimiento a la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 y a la normativa que rige la materia cumpliendo con la acción CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	---	-------------	---	------------------------	------------------------	------------------------	------------	---	---	----------	----------

	<p>diciembre de 2001 de la Secretaría de Hacienda (Manual de programación ejecución y Cierre Presupuestal). Contrato No. 571/09 de prestación de servicio de lavandería, fecha de suscripción 2 de marzo de 2009, supervisión Jefe de Enfermería, designación sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 19 de marzo de 2009, (folio 242), es por ello que el contrato iniciaría en esta fecha, lo evidenciado es que el supervisor presenta informe del periodo comprendido entre el 8 de marzo de 2009 y el 31 de mismo mes y anualidad, (folio 246 y 249). En los tres contratos mencionados en este numeral, se incumple la cláusula de ejecución, establecidas en los acuerdos de voluntades.</p>	<p>diferentes contratos, con indicación de fechas, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia.</p>									<p>disponibilidad presupuestal, así como los registros presupuestales se realicen dentro de los términos establecidos por la norma.</p>			
--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.2 Contrato No. 578/09 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, el 21 de diciembre de 2009, se suscribe adición en valor de \$50?0 millones y prórroga de 3 meses a partir del 1 de enero de 2010, (folio 367), certificado de Reserva Presupuestal No. 3092, 26 de diciembre de 2009, (folio 368), de la misma manera el 25 de febrero de 2010, se suscribe adición por \$120?0 millones, (folio 431) certificado de Reserva Presupuestal No. 565 26 de febrero de 2010, (folio 432), de otra parte se transgrede lo establecido en el numeral 3. De la Resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 de la Secretaría de Hacienda (Manual de programación ejecución y Cierre Presupuestal). Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, supervisor</p>	<p>1-Verificar que los certificados de disponibilidad presupuestal sean oportunos en la etapa precontractual, así mismo verificando que la expedición del registro presupuestal sea posterior a la firma del contrato o acuerdo de voluntades y verificando que la fecha de dicho registro sea previa a la ejecución del contrato 2- comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los</p>	<p>cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 sec</p>	<p>100%</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ / JOSÉ ALBERTO ROMERO Y SUPERVISORES DEL CONTRATO</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>TRIMESTRAL</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta oficio de febrero 7 de 2011 y junio 3 de 2011 firmado por la oficina asesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autocontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las obligaciones que de allí se deriven, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos, Se evidencia oficio de junio y octubre 10 de 2011 firmado por la Dra. Dayan Catherine Varón asesora Jurídica en la cual se informa que las supervisiones han sido comunicado en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando funciones como supervisión y las obligaciones que allí se deriva, de igual manera se han verificado los certificados de</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que se dio cumplimiento a la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 y a la normativa que rige la materia cumpliendo con la acción CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	---	-------------	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		referente de laboratorio clínico junto con el almacenista designación sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 16 de abril de 2009, (folio 21), por ende el contrato solo podría iniciar a partir de esta fecha y lo visto es que inicio el 28 de enero de 2009.	diferentes contratos, con indicación de fechas, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia.								disponibilidad presupuestal, así como los registros presupuestales se realicen dentro de los términos establecidos por la norma.			
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modal	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.3 Orden No. 567 prestación de servicios integrales en el área de cirugía, valor inicial \$21?6 millones, duración inicial tres (3) meses, lo observado fue: 1. 30 de abril de 2009, adición \$14?0 millones y prórroga en 2 meses más contados a partir del 1 de mayo de 2009, (folio 62). 2. 26 de junio de 2009, adición de \$6?0 millones, (folio 70). 3.	oficiar a los supervisores de los contratos para que durante la etapa precontractual planifiquen un presupuesto y un plazo tendiente a cubrir la	oficios remitidos	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA	01/11/2010	30/10/2011	Semestral	100	Se adjunta circular de fecha 1 de junio emitida por la oficina jurídica en el cual se informa la importancia de realizar seguimiento y planificación de los contratos según lo establecido en la Resolución 206 de 2003 en donde se encuentra como funciones solicitar oportunamente prórrogas y adiciones teniendo en cuenta el trámite contractual posterior que se debe realizar, Se recibe oficio de fecha octubre 13 de 2011 se realiza circular a todos los supervisores con el propósito de	Mediante circular de fecha 25 de marzo se cita a capacitación el 29 de marzo de 2011, a los supervisores de los contratos y jefes que manejen presupuesto,	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	30 de junio de 2009, adición de \$8?4 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de julio de 2009, (folio 66). 4. 1 de agosto de 2009, adición de \$6?8 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de agosto de 2009, (folio 73). 5. 31 de agosto de 2009, adición de \$7?7 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de septiembre de 2009, (folio 77). 6. 30 de septiembre de 2009, adición de \$7?5 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de octubre de 2009, (folio 81). 7. 30 de octubre de 2009, adición de \$7?5 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de noviembre de 2009, (folio 84). 8. 30 de noviembre de 2009, adición de \$7?4 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de diciembre de 2009, (folio 88). Incrementándose el valor inicial en 302.2%, para un valor final de	totalidad del contrato, orientado a evitar el exceso en la suscripción de adiciones y prórrogas							recordarles la importancia de planificar, tanto en tiempo como en valor la realización de las necesidades presentadas en el normal funcionamiento del hospital, para la elaboración de los contratos, de esta manera poder evitar realizar un número injustificados de prórrogas y adiciones.	subsanan o las posibles falencias frente a la planeación inicial de los contratos. CERRADA		
--	---	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		\$8679 millones y se prorrogó en 8 meses generando el 2.7 en tiempo previsto. Conducta que transgrede el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.4 Contrato No 1194 apoyar la realización de actividades como trabajadora social del proyecto No. 01676/2008: prevención de la mortalidad materna e infantil en la localidad de San Cristóbal disminuyendo las tasas de fecundación, duración: del 8 de septiembre de 2009 al 30 de septiembre de 2009, valor inicial: \$171 millones. 1. 30 de septiembre de 2009, adición por \$22 millones y prórroga hasta el 30 de noviembre de 2009, (folio11). 2. 12 de noviembre de 2009, adición por \$0,7 millones y prórroga hasta el 30 de noviembre de 2009,	oficiar a los supervisores de los contratos para que durante la etapa precontractual planifiquen un presupuesto y un plazo tendiente a cubrir la totalidad del contrato, orientado a evitar el exceso en la suscripción de adiciones y prórrogas	oficios remitidos	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA	01/11/2010	30/10/2011	Semestral	100	Se adjunta oficio de febrero 7 de 2011 firmado por la oficina asesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autocontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las funciones como supervisión y las obligaciones que de allí se deriven, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos, Se adjunta circular de fecha 1 de junio emitido por la oficina jurídica en el cual se informa la importancia de realizar seguimiento y planificación de los contratos según lo establecido en la Resolución 206 de 2003 en donde se encuentra como funciones solicitar oportunamente prórrogas y adiciones teniendo en cuenta el	Mediante circular de fecha 25 de marzo se cita a capacitación el 29 de marzo de 2011, a los supervisores de los contratos y jefes que manejen presupuesto, subsanando o las posibles falencias frente a la planeación inicial de los contratos. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		(folio 9). 3. 1 de diciembre de 2009, adición por \$2?5 millones y prórroga hasta el 20 de enero de 2010, (folio 4). 4. 18 de enero de 2010, adición por \$0,5 millones y prórroga hasta el 31 de enero de 2010, (folio 4). Incrementándose el valor inicial en 521.7%, para un valor final de \$7?1 millones									trámite contractual posterior que se debe realizar,' Se recibe oficio de fecha octubre 13 de 2011 se realizo circular a todos los supervisores con el propósito de recordarles la importancia de planificar, tanto en tiempo como en valor la realización de las necesidades presentadas en el normal funcionamiento del hospital, para la elaboración de los contratos, de esta manera poder evitar realizar un número injustificados de prórrogas y adiciones.			
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.5 Orden No. 585 de suministro de medicamentos para la farmacia del hospital, fecha de suscripción 17 de marzo de 2009, valor \$29?9 millones, duración 2 meses, lo observado fue la ejecución del contrato hasta el mes de junio, como se evidencia en la información suministrada por la Administración a través del oficio 313GFF1267 del 26 de julio de 2010, en donde se muestran como fechas de entregas: 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de	capacitar a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las	capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA	01/11/2010	30/10/2011	Anual	100	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha,24 noviembre de 2010	Mediante circular de fecha 25 de marzo se cita a capacitación el 29 de marzo de 2011, a los supervisores de los contratos y jefes que manejen presupuesto, subsanando las posibles falencias frente a la planeación inicial de los	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9		2009, lo impropio es la falta de documento soporte a la prórroga, toda vez que el contrato iba hasta el 17 de mayo 2009, aunado a lo anterior están las certificaciones de cumplimiento firmadas por el supervisor donde consta las fechas posteriores al tiempo de ejecución del contrato, visibles en la carpeta de cuentas por pagar en los folios 38, 33, 26, 20, 12, y 6 este último del 12 de junio de 2009. Incumpliendo con el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	mismas, haciendo énfasis en el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas contentivas de los respectivos contratos									contratos. CERRADA		
Auditó Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar	3.6 Evalu ación de la Contr atación	3.6.6 Contrato No: 578/09 suministro de alimentos, en algunos momentos no se identifican los efectivos beneficiarios de las dietas (pacientes), como se evidenció en acta fiscal de los días 12, 13 y 14 de julio de 2010, suscrita con la supervisora del contrato y este ente de control a quien se le preguntó: sírvase presentar los soportes de entrega de nueves y onces durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el	1.- Diseño de formato donde se registren todas las obligaciones del contratista y así poder verificar el cumplimiento de cada una de las obligaciones. 2- Creación de un nuevo formato de supervisión	1-oficios remitidos. 2- creación de formato de actividades a cargo del contratista 3- creación de informe de supervisión	100%	AND RÉS LEO NAR DO FLÓR EZ OSPI NA	01/11/ 2010	30/10/20 11	Anual	100	2- Se anexa formato de actividades a cargo del contratista 3- como también formato de informe de supervisión aprobado desde el área de calidad.	Se anexó formato de actividades a cargo del contratista, asimismo, el formato de informe de supervisión aprobado desde el área de calidad. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Vigencia 2009	12 del mismo mes, la respuesta fue: ¿Se anexan en trece folios los refrigerios entregados y la lista de pacientes hay soporte de las dietas que se entregaron más no el nombre de los pacientes?, lo que deja entrever la debilidad en el control. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, y el artículo 34 de la 734 de 2002.	tendiente a que el supervisor determine el cumplimiento de las obligaciones derivadas del objeto contractual. 3- oficiar a los supervisores de los contratos para que se determine detalladamente el cumplimiento de las obligaciones y actividades (si es del caso en razón a la tipología contractual) derivadas del objetos contractual																	
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.7 Orden No. 567 prestación del servicio integrales en el área de cirugía, contratista: COOPERATIVA DE CIRUJANOS DE COLOMBIA SIGLA COOPERANDO MD representante legal de WILLIAM FLYE CARNE, se evidenció que una de las obligaciones del contratista establecida en la cláusula segunda literal c) presentar mensualmente al supervisor informe de actividades y resultados, (folio 58); al solicitar estos informes lo entregado fue un reporte de horas no soportadas, de otra parte el supervisor mediante escrito informo ??la contratación por horas no es posible obligar a que los tiempos quirúrgicos cumpla estrictamente con las horas agendas...?, en este orden de ideas se observa que se expiden certificaciones sin verificar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por los contratistas, conducta que transgrede el artículo</p>	<p>1.- crear un formato de actividades donde se registren todas las obligaciones del contratista y así poder verificar el cumplimiento de cada una de las obligaciones 2.- crear un modelo de informe de supervisión de acuerdo a las características del contrato donde se registre, verifique y avale el cumplimiento del objeto contractual previa verificación en las fuentes correspondientes y que incluya los días y horas</p>	<p>1.- formato de actividades a cargo del contratista 2.- creación de informe de supervisión que incluya cumplimiento de días y horas agenda durante el mes. 3.- Contrato Ajustado</p>	<p>UNO</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA / MAURICIO JOSÉ TRIBIN PARÍS</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>2- Se anexa formato de actividades a cargo del contratista 3- como también formato de informe de supervisión aprobado desde el área de calidad.</p>	<p>Se anexó formato de actividades a cargo del contratista, asimismo, el formato de informe de supervisión aprobado desde el área de calidad. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	---	---	--	------------	---	-------------------	-------------------	--------------	------------	--	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oque Integral Modalidad Regular Vig encia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.8 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción 27 de febrero de 2009, supervisión Ingeniera de Gestión Ambiental designación 27 de febrero de 2009 pero con firma y fecha de recibo 24 de marzo de 2009 (folio 265), en consecuencia el contrato iniciaría en esta fecha; lo evidenciado es la conducta impropia del supervisor al dar informe de ejecución al periodo comprendido entre el 1 y marzo de 2009 y el 31 de mismo mes y año, (folio 266) comportamiento inadecuado toda vez que no se puede dar fe de lo no controlado, con lo cual se transgrede el artículo 34 de la 734 de 2002.</p>	<p>Comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia.</p>	<p>cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003</p>	<p>100%</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>TRIMESTRAL</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta circular de abril 15 de 2011, Se adjunta oficio emitido por la Dra. Dayan Catherine Varón de la oficina jurídica donde informa que a la fecha han sido comunicadas de manera oportuna las supervisiones de los diferentes contratos, de conformidad a las reglamentaciones internas de contratación.</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que se dio cumplimiento a la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 y a la normatividad que rige la materia cumpliendo con la acción CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oque</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.9 Orden No. 739 suministro de insumos reactivos para laboratorio, contratista Análisis Técnicos LTDA., representante legal Armando Osorio Ardila, supervisor referente de laboratorio clínico junto con el almacenista, lo observado: es que a</p>	<p>oficiar a los supervisores sobre su deber de verificar que los productos o las obligaciones derivadas del objeto contractual,</p>	<p>un oficio remitido a los supervisores en cuanto al cumplimiento de las obligaciones que les asisten en acatamiento a la resolución</p>	<p>100%</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA Y SUPERVISOR</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>TRIMESTRAL</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta circular</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que los oficios de comunicación de las supervisiones señalan las</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	folio 5 de la carpeta de cuentas por pagar se encuentra certificación de cumplimiento expedida por el supervisor de fecha 6 de julio de 2009, documento que difiere con el que reposa en el folio 3 de la misma carpeta el cual muestra el comprobante de entrada a almacén de fecha 13 de julio; en este orden de ideas se certificó el cumplimiento total del objeto contractual cuando se encontraba aún en ejecución, transgrediendo el artículo 34 de la 734 de 2002	sean recibidos a satisfacción y no haya lugar a equivocos, en cumplimiento de la resolución 206 de 2003	206 de 2003	ES DE LOS CON TRAT OS				de abril 15 de 2011,'Se adjunta oficio emitido por la Dra Dayan Catherine Varón de la oficina jurídica donde informa que a la fecha han sido comunicadas de manera oportuna las supervisiones de los diferentes contratos, de conformidad a las reglamentaciones internas de contratación.	obligaciones de los supervisores y la resolución aplicable CERRADA		
--	---	---	-------------	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>3.6 Evalu ación de la Contr atació n</p>	<p>3.6.10 En los siguientes contratos Nos: 567/09, 569/09, 570/09, 571/09, 603/09, 611/09, 1194/09, 1405/09, 1418/09 y 1855/09, se observaron falencias y deficiencias en la supervisión conducta que vulnera el principio de responsabilidad, análogo al artículo 19 del Reglamento Interno de Contratación y a los numerales: 3.), 4.), 5.) y 11.), de la Resolución No. 206 de 2008, y el artículo 34 de la Ley 734/2008, al evidenciarse ausencia del ciclo hacer y verificar por parte de los fiscalizadores de la ejecución de los objetos contractuales y las obligaciones conexas.</p>	<p>capacitar a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las mismas, haciendo énfasis en el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas</p>	<p>capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas</p>	<p>100%</p>	<p>AND RÉS LEO NAR DO FLÓR EZ OSPI NA</p>	<p>01/11/ 2010</p>	<p>30/10/20 11</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha, 24 noviembre de 2010</p>	<p>Mediante circular de fecha 25 de marzo se cita a capacitación en el 29 de marzo de 2011, a los supervisores de los contratos y jefes que manejen presupuesto, subsanando las posibles falencias frente a la planeación inicial de los contratos. CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---	--	---	---	-------------	---	------------------------	------------------------	--------------	------------	---	--	-----------------	-----------------

			contentivas de los respectivos contratos											
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regulación Vig	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.11 En la orden No. 1405 de prestación del servicio de capacitación a los funcionarios del hospital 600 personas, en temas del sistema obligatorio de garantía de calidad enfatizando en el Sistema Único de Acreditación Estándar en grupo de Atención al cliente asistencial, cuya suscripción se realizó 30 de diciembre de 2009, con una duración tres (3) meses contados a partir del oficio de supervisión, y un valor \$475 millones, lo observado fue que se capacitó personal de	comunicar a los supervisores de los contratos sobre la imposibilidad de suscribir contratos cuyo objeto sea capacitaciones y de las cuales se vayan a beneficiar a los contratistas de la entidad	oficios remitidos	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA	01/11/2010	30/10/2011	Anual	100	Circular de fecha 18 de Agosto de 2011 Asunto imposibilidad de capacitaciones destinadas a contratistas firmada por la Dra. Dayan Varon Buenaventura Asesora Juridica	Mediante circular del 23/08/11, se informo la improcedencia de capacitaciones destinadas a contratistas, las cuales sean costeadas por el presupuesto de la entidad, a fin de dar cumplimiento	2	C

encia 2009		contrato, incumpliendo los artículos 1, 3 y 15 de la Ley 909 de 2004, Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público y la carrera administrativa, artículo 34 de la Ley 734 de 2002.											to a la acción comprometida CERRADA		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.12 Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, plazo de ejecución: tres (3) días siguientes a cada solicitud hecha por parte del supervisor, teniendo en cuenta que el suministro se hará en entregas parciales de acuerdo a la necesidad del hospital, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión referente de laboratorio clínico junto con el almacenista, designación documento sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 16 de abril de 2009, (folio 21), lo observado es que el contrato inició antes de ser suscrito, en otras palabras se suscribió en desarrollo	2 Capacitaciones al año a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las mismas, haciendo énfasis en	Capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas * Cumplimiento de la normatividad legal vigente. * Documento u oficio de designación de supervisión con fecha	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA Y SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS	01/11/2010	30/10/2011	Semestral	100	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha, 24 noviembre de 2010 y marzo 31 de 2011	Mediante circular de fecha 25 de marzo se cita a capacitación en el 29 de marzo de 2011, a los supervisores de los contratos y jefes que manejen presupuesto, subsanando las posibles falencias frente a la planeación inicial de los contratos. CERRADA	2	C	

		<p>de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 28 de enero de 2009, como se evidencia en el siguiente cuadro.</p>	<p>el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas contentivas de los respectivos contratos. La administración dará cumplimiento a la Normatividad Legal Vigente en cuanto a la ejecución y perfeccionamiento de los contratos. El oficio de designación de supervisión se incluirá la fecha.</p>																
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.13 Orden No 745 de suministro de insumos de medicamentos para la farmacia del hospital, Fecha de suscripción: 29 de mayo de 2009, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión, supervisor auxiliar de bodega de farmacia junto con el químico farmacéutico, designación documento sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 3 de junio de 2009, lo observado fue que de acuerdo con la información suministrada por la Administración con oficio 313GFF1267 del 26 de julio de 2010, la ejecución se dio en las siguientes fechas 2, 10, 18 y 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 5, 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, en este orden de ideas el contrato empezó antes de ser celebrado, en otras palabras en desarrollo de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 2 de marzo de 2009.</p>	<p>1- comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia. 2-verificar la inclusión dentro de las minutas de los otrosí modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico</p>	<p>Capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas * Cumplimiento de la normatividad legal vigente. * Documento u oficio de designación de supervisión con fecha</p>	<p>100%</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Semestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fechas marzo 31 de 2011, 24 noviembre de 2010</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que se dio cumplimiento a la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 y a la normatividad que rige la materia cumpliendo con la acción CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	--	---	-------------	--------------------------------------	-------------------	-------------------	------------------	------------	---	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.14 Contrato No. 578 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, fecha de suscripción: 7 de marzo de 2009, contratista: Carlos Alberto Forero Mayorga representante legal de CEW Servicios Integrales, valor inicial: \$496?5 millones, certificado de Registro Presupuestal. No. 937 del 11 de marzo de 2009, término de ejecución: seis (6) meses contados a partir del oficio de supervisión, (folio 252), designación supervisor, se observan dos documentos el primero a la nutricionista Marcela Pardo Rojas documento sin fecha, pero con fecha de recibo del 1 de junio de 2009, y el segundo dirigido a la nutricionista Beatriz Muñoz al igual que el anterior sin fecha pero con fecha de recibo del 24 de junio de 2009, (folios 300 y 325), en este orden de ideas el contrato iniciaría a</p>	<p>1- comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia. 2- verificar la inclusión dentro de las minutas de los otrosí modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico</p>	<p>CUMPLIMIENTO DE LA resolución 206 de 2003 Y EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL</p>	<p>100%</p>	<p>ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Durante los meses de noviembre y diciembre no se suscribieron otro si modificatorios, se adjunta oficios de febrero y junio de 2011, Se evidencia oficio de octubre 10 de 2011 firmado por la Dra. Dayan Catherine Varón asesora Jurídica en la cual se informa que las supervisiones han sido comunicados en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando funciones como supervisión y las obligaciones que allí se deriva, de igual manera se han verificado los certificados de disponibilidad presupuestal, así como los registros presupuestales se realicen dentro de los términos establecidos por la norma.</p>	<p>De acuerdo a los expedientes revisados se verifico que se dio cumplimiento a la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 y a la normatividad que rige la materia cumpliendo con la acción CERRADA</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	---	-------------	--------------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>partir del 11 de marzo fecha del registro presupuestal, lo observado fue: El 21 de mayo de 2009, el contratista le pidió al gerente del hospital disminuir la tarifa de arriendo y servicios por el uso de las instalaciones de la cocina, en virtud de la inversión realizada en suma de \$60?0 millones aproximadamente, (folio 324), por lo anterior el 8 de julio de 2009, se suscribe modificación al contrato, el objeto de modificar el literal Aw) de la cláusula séptima incluyendo el siguiente párrafo tercero: ?El hospital descontará mensualmente del valor a cancelar por el contratista según el parágrafo segundo del presente literal, la suma de \$2?8 millones, por concepto de transporte mensual como contraprestación de las mejoras realizadas por el contratista a las instalaciones del Centro Despertar y el Hospital, a partir del mes de julio de 2009 y hasta la terminación del</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		contrato, sin que en ningún caso el monto reconocido supere el 85% del valor de las mejoras realizadas por éste, para lo cual el contratista se compromete a presentar la liquidación de las inversiones realizadas con los respectivos soportes?, (folio 327).												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.15 Orden No. 1855 Prestación del servicio de aseo para el hospital San Blas II nivel E.S.E. y el centro de atención en drogadicción Despertar, desinfección, lo observado fue: La empresa SERVICIOS GENERALES ASESORES LTDA, en su propuesta económica, informa que 37 operarias a valor unitario de \$1.2 millones para un valor total de \$45.0 millones, (folio 68). Con el oficio No. 300 SAF 337 de noviembre 27 de 2008, firmado por el	EN CONCORDANCIA CON LA ADJUDICACION HECHA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, SE DEBE VERIFICAR QUE LOS CONTRATOS SEAN SUSCRITOS CON BASE A LOS VALORES	Valor de los Contratos Suscritos igual a la oferta de servicios o suministros	100%	ANDRÉS LEONARDO FLÓREZ OSPINA	01/11/2010	30/10/2011	Trimestral	100	Re recibe oficio de marzo 17 y junio 10 d de 2011 firmado por la Dra. Dayane Catherine varón oficina jurídica certificando que a la fecha se han realizado los contratos de conformidad a las cotizaciones presentadas por los oferentes de las mismas, Oficio octubre 10 donde la oficina Jurídica Dra. Davyna Catherine Varón certifica que se han relazado los contratos de conformidad a las cotizaciones presentadas por los oferentes de las mismas	Verificada la información se han realizado los contratos conforme al valor designado en las cotizaciones, dando cumplimiento a la acción. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.6 Evaluación de la Contratación</p>	<p>3.6.16 El área de Mantenimiento funciona en la parte posterior del Hospital con las siguientes dependencias (cuadro comparativo con la norma) Como se observa en el cuadro las áreas de mantenimiento actuales no se contemplan en la norma, lo que transgrede lo establecido por la norma 445/96. De igual forma en cuanto a la ejecución de la obras con personal sin la supervisión o interventoría idónea, transgrede lo establecido por la norma 9/79. El área total destinada para estas actividades es de 250m² aproximadamente, adicionalmente existen activos deteriorados para dar de baja ubicados alrededor del área de mantenimiento sin cubierta o protección. Esta observación se evaluó con respecto al funcionamiento actual del área de mantenimiento, de acuerdo con los soportes presentados</p>	<p>Elaboración de estudio de costo beneficio para el área de mantenimiento</p>	<p>Estudio realizado / Estudio programado</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno y José Alberto Romero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta evidencia análisis Costo-beneficio</p>	<p>Se elaboraron estudios de costo beneficio para el área de mantenimiento, el cual estaba programado. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	--	--	---	-------------	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	---	------------	----------

		de procedimiento y plan de mantenimiento del Hospital. En las visitas realizadas tanto al área de mantenimiento como de las obras en ejecución se encontró lo siguiente: Fotos anexo No.4.6.												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.17 Se evidenció que en el Hospital San Blas no se dio aplicación a lo señalado artículo 25 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y, toda vez que en visita realizada a la sede del Hospital el 6 de julio de 2010 y después de evaluados los soportes tanto en acta con el referente de recursos Físicos, como en oficios del Hospital a la Secretaría Distrital de Salud, y en las visitas a las obras con el referente, se evidenció el incumplimiento de las normas hospitalarias en cuanto a la ejecución de obras de mantenimiento sin la dirección o supervisión profesional necesaria para tal fin. El hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin,	1-Socializar los Planes de Acción al interior de cada área del Hospital 2-realizar seguimiento o trimestral con el personal de las áreas sobre aplicación y resultados registrando en los formatos para establecer las acciones de mejora	Habilitación de Servicios, 2 gestiones ante la secretaria Distrital de Salud del acompañamiento idóneo en la realización de mantenimientos	100%	José Alberto Romero	01/11/2010	30/10/2011	Trimestral	100	Los servicios del hospital fueron habilitados durante la vigencia del 2010, lo cual se da cumplimiento a la norma, 'La secretaria distrital de Salud realizo auditoria sobre el área de mantenimiento como también a los equipos biomédicos realizando algunas observaciones, el cual se levanta acta (se adjunta), 'teniendo en cuenta la visita de la Secretaria Distrital de Salud y las acciones de mejora recomendadas, el área de suministros cada vez que la Gerencia del Hospital realiza un contrato de mantenimiento a los equipos debe reportar a la Secretaria.	Se habilitaron varios servicios como son, pediatría, ambulancias, cirugías, etc., además, se hizo acompañamiento por la SDS. CERRADA	1,7	C

	<p>pueden generar alto riesgo para el Hospital tanto de las áreas intervenidas como de todas las dependencias del Hospital. Se anota que las obras ejecutadas y citadas anteriormente hacen parte del plan de habilitación del hospital exigida por la Secretaria Distrital de Salud en concordancia con las normas Hospitalarias. Por lo anteriormente se observa incumplimiento a lo señalado en el Artículo 2 5 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y el parágrafo segundo del artículo 49 del Capítulo 12 de la Resolución 4445 de 1996. En virtud de lo expuesto y dado que la Administración obvió el cumplimiento de la normativa citada, se halla incurso en la inobservancia a los deberes contemplados en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2002</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditó ria Gu ber na me ntal con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.7.1.1 Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de acción de la subgerencia desarrollo de servicios de salud no lo conocía, la responsable del programa de promoción y prevención (lactancia materna y gestante asistida). Así las cosas, se evidenció que la información no es confiable y uniforme, y como tal no se puede hablar de un cumplimiento de metas, en el entendido de quien realiza la actividad no tiene unos parámetros claros acerca de que están midiendo y genera incertidumbre en cuanto a al resultado del indicador, e igual no coincide el resultado que tiene el plan de acción, con el registrado por el responsable de realizar la actividad. Trasgrediendo los literales d y e, artículo 2 de la Ley 87 de 1993, hechos que no permiten mostrar resultados de las acciones realizadas, y por ende la gestión de la entidad.</p>	<p>1-Socializar los Planes de Acción al interior de cada área del Hospital 2- realizar seguimiento o trimestral con el personal de las áreas sobre aplicación y resultados registrando en los formatos para establecer las acciones de mejora</p>	<p>Planes de acción socializados / Planes de acción formulados. Actas Trimestrales de registros de los seguimientos y planes de mejora</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno y referentes de área.</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>En desarrollo consolidación POA de todas las áreas involucradas, para ser socializado su resultado en febrero 2011. Se socializa poa con los referentes de las áreas se adjunta evidencias firmados por aceda referente, 'Se recibe seguimiento a poas del primer y segundo trimestre del área de planeación, se evidencia a poas tercer trimestre</p>	<p>Se evidencia la socialización semestral de los POA de cada una de las áreas por parte del Gerente del Hospital, durante la vigencia 2011 y 2012. No se realiza el seguimiento o trimestral en el cumplimiento de los POA en varias de las áreas responsables, dejando toda la responsabilidad de consolidación y seguimiento a la oficina de planeación. ABIERTA</p>	<p>1</p>	<p>A</p>
--	--	---	---	--	-------------	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.7.1.2 Para el objetivo enunciado en el párrafo anterior la actividad que se revisó y verificó fue capacitar a 82 miembros de la asociación de usuarios en la política pública de participación social en salud y 80 usuarios de los servicios del hospital. En el plan se observa una meta de 160 personas capacitadas contando con un total de 164. Al realizar la visita a ésta área se evidenció que la información de los soportes de las personas capacitadas no estaba completa, soportando mediante copias de listado (6 folios) de asistencia a reuniones de derechos y deberes a 75 personas entre funcionarios, asociación de usuarios y población beneficiaria del hospital. Así mismo se mencionaron unas capacitaciones realizadas por el Sena en el tema ?Servicio al cliente?, a 17 personas del hospital, sin embargo no se evidenció una relación de los asistentes o certificación alguna de</p>	<p>Capacitar sobre la política pública de participación social a 80 usuarios de los servicios del hospital y a 82 miembros de la asociación de usuarios, adjuntando formatos de asistencia y evaluar la adherencia, enviando estos soportes al área de planeación con el objetivo de alimentar el POA</p>	<p>Numero de personas capacitadas / Total de personas a capacitar, encuestas de adherencia a la política de participación social</p>	<p>100%</p>	<p>Andrés Luegas Muñoz</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se capacitaron 134 personas incluyendo usuarios del hospital y miembros de la asociación de usuarios, pendiente por entregar evidencias de capacitaciones realizadas los días de noviembre 2, 3,5 para un total de 217 miembros de la asociación de usuarios, en lo que tiene que ver en la evaluación de adherencia a la política pública de participación social y servicio al ciudadano se toma como muestra al 25% o sea 54 usuarios</p>	<p>Se verificaron los listados registro de la asistencia y se comprobó que cumplieron con la acción requerida de acuerdo al plan de acción del área y a la acción del plan de mejoramiento</p> <p>CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	---	---	--	-------------	----------------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	---	--	------------	----------

	<p>ésta capacitación. Con lo anterior se concluye que no hubo cumplimiento de la meta, como se plasmó en el acta de visita fiscal realizada, además se demuestra que no existe confiabilidad en la información, ni unidad documental que permita fácilmente recuperarla, en el efecto que se hayan hecho las actividades y no estén los soportes que comprueben el cumplimiento de la meta propuesta, trasgrediendo el numeral d y e del numeral 2 Ley 87 de 1993.</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.7.1.3 De lo señalado en el párrafo anterior se encontró que de las 25 camillas rodantes que ingresaron al hospital en enero de 2010, con número de ingreso 008580, 8 camillas ya se habían dañado las ruedas, 6 en el mes de abril, las cuales ya las había arreglado el contratista, al cambiarle las ruedas, y las otras dos (2) camillas en el momento de la visita (acta de visita del día 30 de julio de 2010) estaban dañadas y ubicadas en el pasillo que conduce al almacén. Además de los anteriores daños se observó que las camillas unas (3), más que otras tenían en las barandas y en los pegues oxidado, deterioro y/o mala calidad en el corto tiempo de uso (6 meses) y de haber ingresado las camillas al hospital, aspecto no percibido por la persona asignada para ejercer la supervisión del contrato. Lo enunciado anteriormente, contraviene el numeral 3 del artículo 1 de la Resolución N.000206</p>	<p>1- comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia. 2- verificar la inclusión dentro de las minutas de los otrosí modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico</p>	<p>Cumplimiento de la Resolución 206 de 2003 Estatuto de Contratación del Hospital Numero de Supervisiones Notificadas / Numero de Supervisiones Ejecutadas</p>	<p>100%</p>	<p>Andrés Leonardo Flórez José Alberto Romero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>30/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre, marzo, mayo, junio agosto y octubre de 2011 en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Durante los meses de noviembre y diciembre no se suscribieron otrosí modificatorios,</p>	<p>Revisada una muestra de contratos de la vigencia 2011 se encontraron las designaciones de supervisión en la fecha pertinente, dentro de este se señala la normatividad interna aplicable en el ejercicio de dicha función. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	---	---	---	-------------	---	-------------------	-------------------	----------------	------------	---	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		del 25 de agosto de 2003 ? por la cual se establecen las funciones de los supervisores e interventores?. En lo relacionado con ?Efectuar seguimiento a las actividades del contratista evaluando y calificando el grado de cumplimiento en cada etapa de ejecución contractual, teniendo como criterios de evaluación, el objeto del contrato, el plazo de entrega, las especificaciones técnicas de calidad...?, así como el artículo 34 de la ley 734 de 2002.												
Auditó Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regulador	3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.7.3.1 Los anteriores hechos demuestran, que la falta de conocimiento y un profesional con la idoneidad requerida para el tema ?formulación del proyecto, Reforzamiento y Reordenamiento y ampliación del Hospital San Blas?, incidió para que terminara la vigencia del 2009 sin que se diera inicio a la ejecución del mencionado proyecto, ocasionando retrasos en lo propuesto en la	Gestionar la Viabilización del proyecto de Reordenamiento, reforzamiento y ampliación del Hospital	Gestiones realizadas	100%	José Cermeno-	01/11/2010	30/10/2011	Trimestral	100	Oficio 403-GFPS-252 octubre de 2011 radicado en la SDS 9840 10/27/2011 Ref.: modificaciones y ajustes al proyecto reordenamiento , reforzamiento y ampliación del hospital San Blas II Nivel - ESE	Se logro la viabilización del proyecto de Reordenamiento, reforzamiento y ampliación del Hospital componente sistemas de información por parte de la SDS en el mes de diciembre del año	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Vigencia 2009		programación que se plantea en el Decreto 318 de 2006. Incumpliendo con lo consagrado en el numeral 1 del artículo 8 y artículo 22 del mencionado decreto, por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamiento en Salud.										2011. CERRADA.		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.1 Observaciones relacionadas con la Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia A. En las fotos enviadas en el oficio de fecha 21 de julio de 2010, radicado 321-GFTH-0585, como soportes de las acciones realizadas para corregir las observaciones reportadas por la Contraloría, se encuentra un total de cuarenta y un (41) recipientes sin tapa, razón por la cual no cumplen con las características necesarias y permiten la entrada de agua, insectos y/o roedores, el escape de líquidos o gases con el riesgo de contaminación de las áreas asistenciales. B.	A, Dotación de 41 recipientes con tapa y demás características requeridas B. Realizar inspecciones mensuales con retroalimentación al personal sobre segregación de residuos ordinarios y reciclables.	IA=(#Recipientes suministrados /41 Recipientes por suministrar)*100 IB=(# Inspecciones con retroalimentación realizadas/12 inspecciones con retroalimentación por realizar)*100	A. 100% (41 recipientes con tapa suministrados) B. 100% (3 Inspecciones con retroalimentación al personal administrativo)	Adriana Patricia Rincón	01/11/2010	30/10/2011	Trimestral	100	Se recibieron las canecas según las condiciones requeridas, se adjunta oficio de entrega y recibido a satisfacción por el área de Gestión Ambiental. En los meses de noviembre, diciembre y enero se realizaron las inspecciones sobre segregación de residuos, Se adjunta inspecciones mensuales sobre segregación de residuos meses, febrero, marzo, abril de 2011, Se realizaron inspecciones mensuales con retroalimentación al personal sobre segregación de residuos ordinarios y reciclables de agosto, septiembre y octubre de 2011	Las canecas existen y están desempeñando su función, a pesar de ello algunas no cumplen la acción propuesta. Las acciones continúan en ejecución.	1.5	E

	<p>Disposición en recipiente verde de material reciclado.</p> <p>AREA ADMINISTRATIVA se encontró la precitada trasgresión a la disposición de residuos corrientes y reciclables en las oficinas de: Oficina de Control Interno, Sistemas, Subgerencia Administrativa, oficinas del Subgerente y de la secretaria, Coordinación Financiero y Contratación, este hecho incrementa el volumen de residuos corrientes depositados en Doña Juana. Los hechos citados en los literales A, B y C, contravienen lo estipulado en los numerales 3.6 Infección contagiosa e infecciosa cortó punzante, 2.3.1.3 y 2.3.1.4 del PIGA-718 HSB, el numeral 7.2.1 del Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia del Decreto 2676 de 2000 y los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993.</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.8 Componente Gestión Ambiental</p>	<p>3.8.2 Centro de Atención en Drogadicción Despertar Trampa de Grasas. La cocina es operada, desde abril de 2010, por la empresa CEW SERVICIOS INTEGRALES que mediante el contrato 678 de 2009 suministra los alimentos a los usuarios y no cumple con la medida de tratamiento para el manejo de vertimientos: trampa de grasas, con el vertimiento de aceites y grasas en los conductos de alcantarillado los cuales incrementan la contaminación de las aguas servidas. Falencia que contraviene lo reglado en artículo 23 de la Resolución 3957 de 2009 de SDA, los artículos 1 y 2, Ley 87 de 1993 y el artículo 27, los numerales 1 y 4 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.</p>	<p>Construcción de la trampa de grasas por parte de la empresa contratista CEW SERVICIOS INTEGRALES</p>	<p>=Trampa de grasas construida</p>	<p>100% (Trampa de grasas Centro Despertar construida)</p>	<p>José Alberto Romero y Beatriz Muñoz</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>15/01/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>En Enero de 2011 la empresa CEW servicios integrales instalaron dos trampas de grasas en el área de cocina del centro Despertar, se adjunta oficio y fotos</p>	<p>Se verifico la instalación de las trampas para grasas. El hallazgo se cierra</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---	---	---	-------------------------------------	--	--	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.8 Componente Gestión Ambiental</p>	<p>3.8.3 Centro de Atención en Drogadicción Despertar. El tanque de agua y las motobombas no están en funcionamiento porque los contratistas (la obra fue construida por la Secretaria Distrital de Salud y entregada al Hospital San Blas el 10 de septiembre de 2007), no instalaron el bypass, por tal razón los recursos invertidos en los años 1997, 1998, 1999, 2005, 2006 y 2008, los cuales de acuerdo a información remitida por la Secretaria Distrital de Salud ascienden a \$3.979.4 millones, en lo relacionado a los dineros invertidos para la construcción e instalación del tanque y el cuarto de motobombas, no han cumplido su objetivo. Además el hospital tiene bienes cuya administración y custodia le fueron confiados en razón de sus funciones y los mismos han presentado problemas que a la fecha no han permitido su operación y trasgrede el</p>	<p>Gestionar ante la Secretaria Distrital de Salud la instalación del Bypass</p>	<p>=Bypass instalado</p>	<p>100%</p>	<p>José Alberto Romero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/03/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>El área de mantenimiento informa al área de gestión ambiental que no es necesario la construcción o gestión del bypass por cuanto mantenimiento esta funcionando el tanque de almacenamiento de aguas, sin embargo se oficiara a la Secretaria Distrital de Salud, Se radico oficio GFTH-320-060 a Jairo Villamil Hernández Director Administrativo de la Secretaria Distrital de Salud solicitando la instalación del Bypass en el tanque de almacenamiento de agua potable del Centro de Atención Despertar teniendo en cuenta que esa obra fue entregada por la Secretaria Distrital de salud al Hospital el 10 de septiembre de 2007.</p>	<p>Los tanques están funcionando El hallazgo se cierra.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---	--	--	--------------------------	-------------	----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	---	-----------------	-----------------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		compromiso definido en el numeral 73) Informar a la Secretaría Distrital de Salud cualquier inconveniente que se llegue a presentar con respecto al inmueble?, del Acta de Entrega y Recibo de las instalaciones del área del Centro de Atención a la Drogadicción los Balcanes, suscrita entre la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital San Blas II nivel de Atención ESE, el 10 de septiembre de 2007, el artículos 27, el numeral 13 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002 y los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.4 Área y oficinas de mantenimiento. En las dos visitas realizadas al área se evidenció desaseo y desorden de elementos, herramientas, ropa, zapatos, documentos, etc., (ropa y zapatos tirados al lado de la planta de emergencia y dentro de un estante), de responsabilidad de los trabajadores de mantenimiento los cuales realizan sus labores dentro de las instalaciones del hospital sin ropa de	Realizar inspecciones mensuales sobre uso de EPP y estado de orden y aseo del área de mantenimiento.	$I = (\# \text{Inspecciones realizadas} / 12 \text{ inspecciones por realizar}) * 100$	100% (Uso de EPP y correcto estado de orden y aseo)	Jenny Patarroyo y Adriana Rincón	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta lista de chequeo meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero, febrero, marzo, abril, mayo sobre uso de elementos de protección y estado de orden y aseo en el área de mantenimiento, Se realizaron inspecciones mensuales sobre uso de elementos de protección personal y estado de orden y aseo en el área de mantenimiento, realizadas los días 11 de agosto, 15 de septiembre y 13 de octubre de 2011	Se sigue presentando desorden en esta área. El hallazgo continua abierto	1.3	A

		artículos 29 y 33 de la Resolución 2400 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.5 Fuentes Fijas: A. Caldera. En la visita realizada el 28 de junio de los corrientes, se encontró que las áreas donde se encuentran los equipos no están demarcadas ni están rotulados con sus respectivos nombres y las instalaciones, pisos, techos y paredes, presentan un estado de infraestructura y aseo que no esta acorde con los requerimientos de seguridad y de salud ocupacional que deben reunir estas instalaciones, lo anterior evidencia problemas de controles por parte de la administración para el cumplimiento de las normas y las falencias en el seguimiento de los parámetros de funcionamiento de la caldera al igual que el mantenimiento de sus conexiones y partes	A. Realizar el mantenimiento, señalización y adecuación del área de la Caldera B. Realizar proceso administrativo de baja y evacuación del tanque ACPM C. Realizar proceso administrativo de baja y evacuación de los cilindros de gas	IA=(# Ítems aprobados mediante lista de chequeo/# Ítems por evaluar mediante lista de chequeo)*100 IB=Tanque ACPM dado de baja y evacuado IC=Cilindros de gas dados de baja y evacuados	100%	A. Erwin Ramirez y Claudio Rodríguez	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	En cuanto a la acción correctiva de demarcación de las áreas de las calderas mantenimiento informa que ya fue realizada falta verificación por el área de gestión ambiental. En cuanto a la acción correctiva b y c almacén informa según oficio 331-AA-146, que se inicia un nuevo proceso de baja de elementos el cual esta pendiente de aprobación por parte de la junta. Se adjunta concepto del coordinador de mantenimiento Claudio Rodríguez donde están incluidos tanque horizontal cilíndrico ACPM, y cilindro de has propano 420 lb, acta de baja de mal estado de los mismos elementos dada por el ara de activos fijos, listado de muebles y enceres inservibles presentado al comité de inventarios para su baja, estos elementos no deben ser aprobados su baja por junta Directiva, 'Se adjunta resolución 0266 de 2011 por medio del cual se declara desierta la invitación publica a cotizar N0,017 cuyo objeto es la presentación de propuestas de compra de elementos dado de baja por el	Las áreas en mención están debidamente demarcadas El hallazgo se cierra	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>pueden general problemas de operación, manejo e incremento de las situaciones de riesgo y desastres, además la falta de señalización de la caldera y sus partes incrementan las condiciones de inseguridad para la entidad y sus trabajadores. B. Tanque de ACPM obsoleto. Está ubicado en el área verde del hospital, tiene varios años de no ser utilizado, contamina visualmente, tiene unas infraestructuras en ladrillo y madera en deterioro, que representan un peligro para la seguridad del hospital por los daños de las condiciones atmosféricas a la pintura y lámina que pueden generar gases, lo anterior como resultado de puntos de control y seguimiento para darle el fin apropiado a este tanque obsoleto. C. Cilindros de gas propano de 500 libras sin utilizar. Frente a las trampas de grasa se encontraron dos cilindros de</p>									<p>hospital se evidencia tanque de almacenamiento y cilindros, resolución 0277 de 2011 por medio del cual se declara desierta la invitación publica a cotizar 020 cuyo objeto era presentación de propuesta de compra de los elementos dados de baja por el hospital san Blas</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		aproximadamente 500 libras cada uno de COLGAS y de propiedad del Hospital, los cuales no se utilizan desde hace unos catorce años y constituyen en un riesgo para la seguridad de la entidad por el proceso natural de deterioro de los cilindros que a pesar de estar desocupado puede generar gases, intoxicaciones y riesgo explosión, hecho causado por falencias en los puntos de control y seguimiento de estos tanques por parte de la administración.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.6 Gatos. Se observó una población de gatos de más o menos unos ocho a diez animales, los cuales se constituyen un riesgo para la salud de trabajadores y pacientes en razón al posible contagio por rabia, peste, parásitos, entre otras enfermedades, además de su incremento poblacional por la ausencia de esterilización. Esta población es resultado de la ausencia de controles por parte de	Retirar la población de gatos que habita en el Hospital	=Ausencia de gatos en el Hospital	100% (0 Gatos en el Hospital)	Adriana Patricia Rincón	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Para lograr la usencia de gatos en las instalaciones del hospital de han acogido las recomendaciones dadas por el hospital san Cristóbal, una de ellas es la adecuación de depósitos de residuos ordinarios, en cuanto al área de mantenimiento se realiza las evacuaciones de elementos obsoletos y dados de baja lo anterior con el objetivo de iniciar en desplazamiento de la población felina. (Se anexa estudio y recomendaciones por el hospital san Cristóbal), 'Para lograr la ausencia de gatos en las instalaciones del hospital, se realizaron adecuaciones físicas al deposito de residuos para	No se visualizo en la visita población felina. El hallazgo se cierra	2	C

Vigencia 2009	la administración y contraviene lo estipulado en los literales b) y c) del artículo 591, los artículos 201 y 596 de la Ley 79 de 1979, el artículo 49 de la Constitución Política y 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.																																																																																																																																													evitar el ingreso de felinos y bloqueo de la fuente de alimento, con esto se ha evidenciado una disminución significativa en el número de animales que rondaban por esa área, sin embargo existe en algunos puntos críticos en donde estos animales siguen albergándose. Ser adquirieron tres repelentes de ultrasonido que fueron ubicados en algunos puntos críticos en donde se está analizando su efectividad(se anexa fra de compra y constancia de instalación en consulta externa y central de esterilización), adicionalmente se solicitó la asesoría a una fundación especializada en el manejo de estos animales quienes el pasado 19 de mayo de 2011 realizaron una visita y recorrido por el hospital (se anexas copia del acta de lo cual allegara al hospital un a propuesta económica.' Desde el día 23 de agosto hasta el 5 de octubre se realizo la captura de 11 gatos y su posterior entrega al centro de Zoonosis, esta captura se realizo con material del hospital y con la colaboración del personal de mantenimiento y servicios generales; desde entonces hasta la fecha se ha realizado inspecciones den las diferentes áreas y no se ha evidenciado la presencia de mas animales, por parte del área de gestión ambiental se continuará con la vigilancia y la gestión para
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

											la captura y entrega de posibles nuevos individuos, se adjunta copia de los registros de abandono.			
Auditaria Gubernamental con Enfoque Integral de Vigilancia 200	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.7 Manifiestos. Revisados los 15 manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Infecciosos de la empresa ECOCAPITAL S. A, ESP, del mes de abril de 2009, como muestra del precitado año, se encontró que 14, no tienen diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega y algunos tampoco tienen diligenciadas las casillas de nombre y firma de quien recoge; estos documentos tienen que tener responsables identificables para que	Revisión periódica (día intermedio) del completo diligenciamiento de cada manifiesto de ECOCAPITAL entregado por servicios generales a Gestión Ambiental.	I=(# Manifiestos diligenciados correctamente/# Manifiestos generados)*100	100% (Todos los manifiestos generados completamente diligenciados)	Adriana Patricia Rincón	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se hace la revisión periódica desde el primero de noviembre hasta la fecha desde el área de gestión ambiental controlando la información consignada sea completa y coherente, 'A partir del 1 de noviembre de 2010 se comenzó a realizar el control sobre diligenciamiento completo de los manifiestos de transporte entregados por Eco capital, dada la cantidad de formatos que se han generado desde entonces hasta la fecha, se encuentran a disposición y consulta en la oficina de Gestión Ambiental., Revisión periódica (día intermedio) del completo diligenciamiento de cada manifiesto Ecocapital entregado por servicios generales a Gestión Ambiental. A partir del 1 de noviembre se comenzó a realizar el control sobre el	Se verifico que Ecocapital cumpla con la norma. El hallazgo se cierra	2	C

9	<p>en caso de inconsistencias se facilite su identificación. Lo anterior es consecuencia de la ausencia de procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo de los residuos peligrosos facturados por ECOCAPITAL. Esta falencia contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993. Lo anterior debido a que no se cuenta con procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo del proceso de destrucción y/o inactivación de residuos peligrosos en cuando a lo facturado por ECOCAPITAL. Se contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993.</p>								<p>diligenciamiento completo de los manifiestos de transporte entregados por Ecocapital, dada la cantidad de soportes que se han generado hasta la fecha se encuentran a disposición para consulta , A partir del 1 de noviembre de 2010 se comenzó a realizar el control sobre diligenciamiento completo de los manifiestos de transporte entregados por Ecocapital, dada la cantidad de formatos que se han generado desde entonces hasta la fecha, se encuentran a disposición y consulta en la oficina de Gestión Ambiental.</p>			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.8 Componente Gestión Ambiental</p>	<p>3.8.8 Revisado el inventario físico del hospital con corte a 31 de diciembre de 2009, se encontraron equipos de panadería adquiridos por el Hospital mediante contrato 447 de 2007 para la adquisición de la dotación para el centro de atención en drogadicción Balcanes celebrado entre el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. y el Consorcio Líder en Suministros. Realizada visita administrativa fiscal en revisión del componente ambiental, se estableció que el hospital no los utiliza porque el ente competente no otorgó la licencia para su funcionamiento en las terapias a los usuarios del Centro. Con lo cual la administración realizó una gestión antieconómica con la compra de estos elementos, dado que no los puede poner en uso para los fines pertinentes o previstos. Con la consecuente disminución del valor de los bienes por el nivel de obsolescencia de los mismos que han</p>	<p>Gestionar la venta, Intercambio por otros Equipos, Arrendamiento de los equipos, comodatos de los siete equipos</p>	<p>Venta, arrendamiento, transferencia o comodato de los siete (7) equipos/ total de equipos</p>	<p>100%</p>	<p>José Alberto Romero y Jurídica</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Semestral</p>	<p>90</p>	<p>Oficio 300-SAF-160 dirigido al Dr. William Herrera Hernández Alcalde Local de San Cristóbal ofreciendo en venta el equipo de panadería el cual se le solicita si esta interesado se manifieste por escrito de dentro de los 10 días siguientes la recibido de la comunicación, oficio 300-SAF-164 a Luis Ernesto Rincón Alcalde los Martires, oficio 300-SAF-165 Xinia Rocio Navarro Alcalde Local Candelaria, oficio 300-SAF -166, oficio 300-SAF-167 Blanca Inés Durán Alcalde Local Chapinero, Se evidencia respuesta de la Directora Dotaciones Escolares Secretaria de Educación como también del alcalde local de suba</p>	<p>Se gestiona pero no solucionaron el problema. El hallazgo continua abierto</p>	<p>1</p>	<p>A</p>
---	---	--	--	--	-------------	---------------------------------------	-------------------	-------------------	------------------	-----------	---	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>para el cual fueron adquiridos, por lo tanto esta situación se constituye en una presunta transgresión a los fines de la contratación estatal plasmados en el artículo 3° del Estatuto de Contratación Administrativa. Este organismo fiscalizador, observó que no se efectuó una buena utilización de los recursos, al no mostrar una adecuada planeación, que es uno de los principios importantes de la cosa pública. Por lo anterior, se incurre en un presunto detrimento por valor de \$29.0 millones, enmarcándose en la segunda parte del artículo 6° de la Ley 610 de 2000 que define el daño patrimonial al estado y señala que este es producido por ? una Gestión fiscal Antieconómica, Ineficaz, Ineficiente, Inequitativa, inoportuna, que en términos generales no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del estado, particularizados</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		por el objetivo funcional y organizacional, programas o proyectos de los sujetos de vigilancia y control de las Contralorías?, artículo 3 de la Ley 610 de 2000 e incumplimiento de los deberes de todo servidor público consagrados en el artículo 34 numerales 1, 21 y 22 de la Ley 734 de 2002, los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.1 El hospital no dio respuesta estructural a la petición formulada y radicada con el número 7 de la vigencia 2009. Del seguimiento efectuado en la oficina de Talento Humano se establece que a corte de julio de 2010 no se ha garantizado la realización de los descuentos de nómina del afectado de conformidad con el mandato ordenado por el juzgado competente. Se incumple lo normado en el literal c) del numeral 7.2.3 título comunicación con el cliente de la NTGP 1000:2004 y artículo 4 de la ley 87 de 1993.	Realizar la liquidación correspondiente al incremento anual de IPC por auxilio de alimentos ordenado por el respectivo juzgado, realizar seguimiento o mediante auditorias internas y establecer plan de mejora si es necesario	Actualizaciones de descuentos por auxilio de alimentos/ total de embargos. Seguimientos mediante auditorias internas de calidad	100%	José Alberto Romero, Laura Acevedo y José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Oficio de fecha 29 de noviembre de 2010 dirigido a Dr. Javier Humberto Bustos Secretario Juzgado 18 de familia correspondiente al ejecutivo de alimentos del señor Esteban Zambrano se realiza el ajuste a al embargo por solicitud del oficio 0614-02 ejecutivo de alimentos, los ajustes se realizaron en forma paulatina hasta realizar los descuentos enumeras hasta quedar en la cuota mensual de \$ 896,874 para el año 2010, Se anexa cuadro en el que se relaciona el incremento IPC año por año, valor de la cuota anual. Oficio en que se le comunica al Dr. Esteban Mosquera el ajuste, y desprendible de pago correspondiente al mes de enero de 2011 en el que se ve reflejado el incremento del IPC en la cuota correspondiente a la vigencia	Se realizado la liquidación conforme a la norma y se comunico al peticionario. CERRADA	2	C

											2010 del cual fue del 2,51%			
Auditoría Gerencial con Enfóque Integral Modalidad Regulación Vigencia 2009	3.9 Resultados Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.2 Existe riesgo de incumplimiento de los compromisos adquiridos por el gerente del hospital, derivados de la suscripción del pacto ético con la Contraloría de Bogotá al no contar con instrumento que plasme las acciones a desplegar para cada uno de ellos y los indicadores de gestión para verificación de su cumplimiento. Efectuado el seguimiento al cumplimiento del pacto ético con la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol se establece que el hospital no ha definido el instrumento que visualiza las acciones tendientes a dar cumplimiento a los compromisos	Se identificara los indicadores de gestión para realizar el seguimiento al pacto ético firmado con la contraloría distrital	Indicadores definidos para el seguimiento al pacto ético	100%	José Amado Cermeño	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	80	Se identifican indicadores para el seguimiento del pacto ético. Se adjunta informe de seguimiento a los indicadores establecidos para el pacto ético a junio 30 de 2011	Se formularon los indicadores para evaluar el pacto ético. CERRADA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		adquiridos y cuál es el nivel de cumplimiento, el cual consta en documento pedagógico ?Compromiso Ético? suscrito el 24 de junio de 2008, requisito 8.2 de la norma NTGP 1000: 2004.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.3 La entidad formula planes de mejoramiento para cada una de las quejas y reclamos presentados los cuales no resultan ser apropiados para eliminar sus causas a las quejas y reclamos reportados por los usuarios toda vez que no elimina la causa de los mismos y no asegura la revisión de la eficacia del plan adoptado. Efectuado el análisis de las peticiones quejas y reclamos de la muestra seleccionada (meses de enero, mayo, septiembre y diciembre de 2009) se establece que son recurrentes en la temática y problemática planteada para los servicios de urgencias, atención al usuario, enfermería, vigilancia y facturación. Se incumple el requisito 8.5.2 de la norma NTGP 1000: 2004 y	Socializar el informe de quejas y reclamos en el comité de calidad para elaborar planes de mejoramiento-- Se elaboro un formato de análisis de la respuesta a la queja, donde se verifica la oportunidad, claridad, calidad, coherencia y acción correctiva, el cual se implementará a partir del mes de octubre/2010, para posteriorme	Numero de requerimientos a los cuales se les realizó acción correctiva / Numero de requerimientos que requieren acción correctiva	85% de efectividad de las acciones correctivas	Andrea Luegas Muñoz	01/11/2010	30/10/2011	Trimestral	100	Se elaboro formato de análisis de calidad de la respuesta se anexa, Se analiza cuadro adjunto el cual se evidencia que durante el primer trimestre de 2011 requieren 31 acción correctivas siendo socializado con los responsables de los procesos, para el siguiente trimestre se adjuntara el respectivo seguimiento como también el análisis del segundo trimestre. Se adjunta cuadro de las quejas y reclamos del segundo trimestre en donde se relaciona los servicios y motivos de inconformidad (53 quejas requieren acción correctiva) no se evidencia seguimiento desde el área de calidad.	Se socializo en plan de mejoramiento o del proceso de atención al usuario, como se evidencia en un registro de acta de socialización . CERRADA	1,7	C

		Ley 87 de 1993	nte analizar la efectividad de la acción correctiva, que se vera reflejada en la disminución de las quejas y reclamos por los mismos motivos.											
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigenc	3.11. Sistemas de Información	3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SIGMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del período: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita	Verificar y Facturar las Cuentas abiertas objeto del hallazgo.	(Total de Cuentas Abiertas Facturadas / Total de Cuentas Abiertas según Hallazgo)*100	100%	Yoli Albarración - Coordinador Facturación	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	90	'Se anexa cuadro firmado por la Dra Yulli Albarrin coordinado de facturación y Milciades Vanegas coordinador financiero en donde se evidencia de las 161 cuentas objeto del hallazgo sin facturar, durante el mes de noviembre se facturaron 119 que corresponde al 74% quedando pendiente por ejecutar el 26% radicadas durante septiembre, octubre y noviembre dependiendo de la fecha de egreso del paciente, el cuadro de reporta Numero de factura, fecha de generación dela factura, cuenta de cobro y empresa responsable del servicio. En el mes de diciembre se factura 1 cuenta que corresponde 0,6% quedando pendiente por ejecutar o facturar el 25,4%, Del total de las cuentas	En acta de visita fiscal del día 9 de Noviembre de los corrientes se evidenció que del 100% de las cuentas objeto del hallazgo a la fecha se encuentran abiertas el 0.5% referente a los abonos por valor de \$752.000 y el 0.5%	1,7	C

ia 200 9		administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, periodo posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.								objeto del hallazgo del mes de octubre se facturaron 2 cuentas, se cerro 1, se pudo evidenciar que algunos medicamentos se habían facturados quedando pendiente el 12,42% por ejecutar (9 actas con abono se oficio por correo certificado a cada uno de los usuarios para que se acercaran al hospital por la devolución del dinero y solo se presento una usuaria, 8 cuentas no aparece historia clínica, el área jurídica del hospital reposa copia denuncia de pérdida de estos documentos.	referente a historias clínicas que no aparecieron por valor de \$798.000. CERRA DA			
Au dito ria Gu ber na me ntal con de Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re	3.11. Siste mas de Infor mació n	3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SIGMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del periodo: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto	Radicar la facturación generada de las cuentas abiertas reportadas en el hallazgo	(Facturación Radicada)/(Facturación Generada de Cuentas Abiertas)*100	100%	Yuli Albarración - Coordinador Facturación	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	90	Se anexa cuadro firmado por la Dra. Yulli Albarrin coordinado de facturación y Milciades Vanegas coordinador financiero en donde se evidencia de las 161 cuentas objeto del hallazgo sin facturar, durante el mes de noviembre se facturaron 119 que corresponde al 74% quedando pendiente por ejecutar el 26% radicadas durante septiembre, octubre y noviembre dependiendo de la fecha de egreso del paciente, el cuadro de reporta Numero de factura, fecha de generación dela factura, cuenta de cobro y empresa responsable del servicio. En el mes de diciembre	En acta de visita fiscal del día 9 de Noviembre de los corrientes se evidenció que del 100% de las cuentas objeto del hallazgo a la fecha se encuentran abiertas el 0.5% referente a	1,7	C

<p>gular Vigencia 2009</p>	<p>20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, período posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.</p>								<p>se factura 1 cuenta que corresponde 0,6% quedando pendiente por ejecutar o facturar el 25,4%, 'Las cuentas facturadas en el mes de diciembre de 2010 se radicarón según número de cuenta de cobro que se relaciona frente a cada una de las facturas (ver cuadro anexo), Las 4 cuentas facturadas en el mes de enero de 2011 se radicarón según número de cuentas que se relaciona frente a cada una de las facturas(ver c cuadro anexo),Las facturas generadas se radicarán a la empresa FFD y compensar, en el área de gestión pública reposa evidencias mes a mes.</p>	<p>los abonos por valor de \$752.000 y el 0.5% referente a historias clínicas que no aparecieron por valor de \$798.000. CERRADA</p>	
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoria Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SIGMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del periodo: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, período posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12</p>	<p>Gestionar el cobro de los servicios facturados por cuentas abiertas según el hallazgo</p>	<p>(Gestiones Realizadas/Gestiones Programadas)*100</p>	<p>100%</p>	<p>Amanda León-Corredor de Cartera</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>90</p>	<p>De las 119 cuentas facturadas se radicaron 114 que corresponde el 96% en el cuadro se reporta numero de factura y numero de cuenta de cobro en el mes de noviembre. Para el mes de diciembre se radicaron 2 cuentas y se evidencia frente al listado cuenta de cobro. 'Del total de las cuentas objeto del hallazgo se facturaron 4 que corresponde al 2,4% quedando pendiente por ejecutar el 23% (10 cuentas con abono, 12 cuentas no aparece h historia clínica, 1 paciente que sigue hospitalizada por abandono social, No se gestiono cobro a Fondo financiero por cuanto no se radicaron cuentas abiertas, de otros pagadores se evidencia radicación por \$18,426,409 sobre los cuales se inicia acción de cobro, No se gestiono cobro a Fondo financiero por cuanto no se radicaron cuentas abiertas, de otros pagadores se recibe el pago de las facturas 2037224, 2041455,2037172,2037218,2039994 correspondiente a la EPS Humana Vivir las cuales fueron cancelada por un valor de \$741,436 pago legalizado con el recibo de caja 1343582, la cuenta facturada en el mes de mayo se radico en la secretaria de salud el día 14 de junio y el sistema de información sigma refleja la cuenta de cobro 806329 por valor de \$35,908,800 correspondiente a la factura 2189340</p>	<p>En acta de visita fiscal del día 9 de Noviembre de los corrientes se evidenció que del 100% de las cuentas objeto del hallazgo a la fecha se encuentran abiertas el 0.5% referente a los abonos por valor de \$752.000 y el 0.5% referente a historias clínicas que no aparecieron por valor de \$798.000. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	---	--	---	-------------	--	-------------------	-------------------	----------------	-----------	---	--	------------	----------

		cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre	P: Elaborar Plan de Contingencia Integral.	Plan de Contingencia Aprobado	1 plan al año	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	se presenta un proyecto de plan de contingencia, 'se recibe resolución 0082 de 4 de abril de 2011 se prueba plan de Contingencia y Plan estratégico de Sistemas de Información 2010-2012	Se revisó el plan de contingencia el cual fue aprobado mediante Resolución 0082 de 04/04/11, con código de identificación documental GS-SIS-PL-001. CERRADA	1,7	C

9	<p>estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.</p>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditória Governamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se</p>	<p>H: Socializar el Plan de Contingencia.</p>	<p>No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta evidencia socialización plan de contingencia al grupo funcional de acreditación y mediante correo interno se socializa al grupo Directivo, 'Durante los meses abril, mayo y junio se socializo a todos los funcionarios que manejan recursos informáticos a través del correo electrónico el plan de contingencia se adjunta evidencias y presencial a través del comité de sistemas de información a 13</p>	<p>La socialización se realizó a través de varios mecanismos, entre ellas los correos internos (31/01/11), acta del Comité de Sistemas de Información en reunión de fecha 07/06/11, se socializa el plan de contingencia y se establece el cronograma para la ejecución del simulacro de suspensión del sistema, y esta colgado en la página web en el link "Nuestra Institución el PESI 2010-2012". CERRA DA.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	---	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del	V: Realizar simulacro y evaluar el plan de contingencia elaborado	No. Simulacros Realizados / No. Simulacros Programados	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se realiza simulacro el día 14 de junio se adjunta evidencias de este proceso específicamente caída del sistema afecta administrativa, financiera, planeación, atención al usuario, farmacia, facturación 09-02-2012 Se adjunta informe de aplicación plan de contingencia "Recreación del Sistema de Información Sigma	Se verifico la aplicación de la acción pertinente. CERRADA	1,7	C

		29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Trimestral	100	Se adjunta informe sobre simulacro realizado el día 14 de junio de 2011 con la respectiva evaluación y la definición de oportunidades de mejora a realizar sobre el proceso 09-02-201209-02-2012. Se adjunta oficios dirigidos a los referentes de las acciones de mejora a realizar durante una posible caída del sistema	Se realizaron las acciones de mejora pertinentes. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos</p>	<p>P: Elaborar instrumento para levantamiento del inventario de los activos de información .</p>	<p>Instrumento aprobado</p>	<p>100%</p>	<p>Planeación y Sistemas</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>El instrumento que se trabajo para la actualización del inventario de activos informáticos es el formato correspondiente al CB 07 05 de la cuenta anual sivicof</p>	<p>Se verifico que los formatos fueron aprobados mediante resolución 0274 del 30/09/11, los formatos cuentan con las codificaciones, de esta manera se da cumplimiento con la acción comprometida. CERRADA.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	--	-----------------------------	-------------	------------------------------	-------------------	-------------------	--------------	------------	--	--	------------	----------

		en los lineamientos de la CDS.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de	H: Realizar el inventario de los activos de información - (hardware, software y aplicativos) reportados por las áreas.	No. De áreas que aplicaron el instrumento / Todas las áreas del hospital	100%	Planeación y Sistemas	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se actualiza inventario de activos informáticos de hardware, licenciamiento, equipos activos y aplicaciones sistematizadas en producción, Se solicito a activos fijos el reporte de inventario con el objetivo de la verificación por parte de la oficina de Gestión Pública	Se actualizaron los inventarios, de acuerdo a los formatos aprobados y mediante listas de chequeo que son alimentadas en el sistema, el último que se realizó en la Entidad fue en enero de 2012 y fueron reportados por la oficina de sistemas en la rendición de la cuenta anual a través de SIVICOF. CERRADA.	1,7	C

		levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció	V: Evaluar el inventario de activos de información recolectado	No. De Activos de información evaluados / No. De Activos de información reportados	100%	Planeación y Sistemas	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	En la actualización de activos informativos hardware, licencias y equipos activos se cruzo al 100% con el área de activos fijos para la actualización de la clasificación,' Se adjunta certificación del área de activos fijos del levantamiento de inventario	Se verificó que se aplico la evaluación de los activos de información de acuerdo a los documentos de soporte, se tiene la ubicación total de los activos de información en el área de sistemas. CERRADA.	1,7	C

		que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.												
Auditoría Gubernamental con Enfoco Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de	A: Realizar las acciones de mejoramiento sobre la documentación	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	En la actualización de activos informativos hardware, licencias y equipos activos se cruzo al 100% con el área de activos fijos para la actualización de la clasificación,' Se adjunta certificación del área de activos fijos del levantamiento de inventario	En cumplimiento de la acción se realizan las actividades pertinentes a fin de subsanar las posibles inconsistencias informáticas que a la fecha no se han presentado en aplicación a los formatos. CERRADA.	1,7	C

		Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modernidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operado sus	P: Aprobación de Comité de Seguridad Informática	Resolución Aprobada	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Bimestral	100	Se adjunta resolución 323 del 30 de diciembre de 2010	Se aprobó mediante Resolución 323 del 30/12/10 y se denomina "COMITÉ DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN", conformado por el gerente o delegado, asesor de la oficina de planeación y sistemas, el subgerente de servicios de salud, el subgerente administrativo y	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.										financiero, coordinador financiero, gestor de calidad y el responsable de sistemas. CERRA DA.		
Auditoría Gubernamental con Enfoco Integral y Modernidad	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de	H: Socializar e Implementar las acciones inmersas en la resolución	No. Reuniones del Comité realizadas / No. Reuniones Programadas	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Bimestral	100	Se adjunta copias del comité de sistemas de información de febrero y marzo, mayo, junio y agosto copias correspondiente al mayo de 2011 nota las reuniones del comité son trimestrales.	Se socializo mediante oficio 403 – GFPS-057 a La Comisión Distrital De Sistemas y se socializo mediante los correos electrónicos internos al personal del Hospital, al igual que el PESI, se	1,7	C

<p>Regular Vigencia 2009</p>	<p>seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.</p>														<p>realizan reuniones trimestrales o cuando sean necesarios. CERRADA</p>		
------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los</p>	<p>V: Verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las actas de reunión.</p>	<p>No. Compromisos Cumplidos / No. Compromisos Programados</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Bimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta seguimiento y evidencias de las actas del comité, 'El seguimiento o tareas del comité ha sido la socialización de las políticas de informática y el plan estratégico de sistemas de información.</p>	<p>Se verificaron las actas de reunión suscritas durante el primer semestre del año 2011, 21/02/11, 17/03/11, 24/05/11 y 14/06/11, se evidenció que se diligencian los formatos de acta, se realiza seguimiento al cumplimiento de los compromisos al inicio de cada reunión y se suscriben los compromisos a verificar en la próxima reunión. CERRADA.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	--	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	------------------	------------	--	--	------------	----------

		activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistema de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operado sus reuniones, en contravía con las normas	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Bimestral	100	Se adjunta seguimiento y evidencias de las actas del comité, 'El seguimiento o tareas del comité ha sido la socialización de las políticas de informática y el plan estratégico de sistemas de información.	Se han realizado reuniones de acuerdo a la necesidad de aprobación de procesos y/o procedimientos, o toma de decisiones y se han implementado las acciones aprobadas. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regul	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática,	P: Aplicar matrices del Autodiagnóstico Tics y Actualizar el PESI incluyendo los requerimientos y directrices de la CDS.	PESI actualizado y aprobado por la Gerencia del Hospital.	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta matriz con prioridades y aspectos de implementación, 'se recibe resolución 0082 de 4 de abril de 2011 se prueba plan de Contingencia y Plan estratégico de Sistemas de Información 2010-2012	Se realizó actualización de matrices durante el último mes del 2010, radicando el consolidado a la gerencia el 13/12/10 mediante oficio 403-GFPS-238, se actualizó el PESI y se envió el 11/03/11 a la CDS,	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ar Vig enc ia 200 9		las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.										mediante oficio 403 GFPS-232, el cual emitió concepto favorable el 14/03/11, mediante correo electrónico, después de aprobado por la Comisión se aprobó en la Entidad mediante resolución 0082 del 04/04/11. CERRA DA		
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intensiones, estrategias, metas de mejoramiento en	H: Socializar el PESI e implementar las actividades programadas	No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios que intervienen en el proceso de la ejecución del PESI	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta evidencias de socialización del pesi a los miembros que interviene fecha mayo 24 de 2011	Se reviso la socialización a través de la página web y correos internos por los cuales se enviaron los anexos. CERRA DA	1,7	C

gular Vigencia 2009	materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.											
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.</p>	<p>V: Realizar seguimiento o a las actividades programadas en el PESI</p>	<p>No. Actividades ejecutadas / No. Actividades Programados en el PESI</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>En cuanto al seguimiento de la estrategia 3 del pesi se evidencia: dar cumplimiento al plan de mejoramiento de la contraloría, definición en cuanto a acreditación se tiene definidos planes de mejoramiento como el tecnología y el de sistemas de información, , se aprobó la política de seguridad informática y su socialización se realizo, 'En cuanto a la estrategia 4 actualmente la oficina de gestión publica realiza auditoría a sistemas de información pendiente evaluación de riesgos y mitigación, 'Dentro de las estrategias de PESI se encuentra establecer plan de contingencia y simulacro y otras actividades el cual a la fecha se están desarrollando, Se realizaron simulacros los días 14 de junio y 18 de julio de los cuales se evidenciaron oportunidades de mejora y fueron socializadas. Se adjunta aprobación para iniciar el proceso de software por parte de la SDS</p>	<p>De acuerdo al seguimiento de las estrategias se evidencia que para la estrategia 1 y 2 se suscribió un contrato para la adquisición de un software que tuvo que ser terminado por mutuo acuerdo de manera anticipada toda vez que el hospital no contaba con el presupuesto para respaldar dicho contrato, en cuanto a la estrategia 3 se verificó su cumplimiento en cuanto a las listas de chequeo,</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	--------------	------------	--	--	------------	----------

<p>Auditória Governamental com Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistema de Información</p>	<p>3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.</p>	<p>A: Realizar las acciones de ajuste al PESI.</p>	<p>No. De ajustes Realizadas / No. ajustes Programadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>Durante la vigencia del 2011 la oficina de planeación y sistema ha evidenciado el seguimiento de las estrategias del PESI, resaltando que este fue aprobado por la Comisión Distrital de Sistemas</p>	<p>Se actualizó el PESI y se envió el 11/03/11 a la CDS, mediante oficio 403 GFPS-057, el cual emitió concepto favorable el 14/03/11, mediante correo electrónico, después de aprobado por la Comisión se aprobó en la Entidad mediante resolución 0082 del 04/04/11. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	-------------------------------------	---	--	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	--------------	------------	--	--	------------	----------

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el</p>	<p>P: Actualizar el procedimiento de backup tanto de servidores como de PC's, incluyendo la disposición final y custodia del mismo. Destinar un sitio para el almacenamiento seguro tanto interno como externo. Gestionar los recursos financieros para la adquisición de medios magnéticos requeridos.</p>	<p>Procedimiento actualizado y aprobado Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en área de sistemas dentro del Hospital Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en área de tesorería dentro del Hospital Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en Archivo Externo de Historias Clínicas del Hospital Gestiones Realizadas / Gestiones Programadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeño-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>En el área de sistemas diariamente se almacena en el centro de computa y se registra en bitácora, En el área externa se analizaron los sitios anexos al hospital (Despertar y Archivo Institucional) se en cuenta el área de mantenimiento realizando adecuaciones físicas, seguridad y ambiental, Se selecciono el archivo institucional, se encuentran realizando adecuaciones, 'Se selecciono en el área de tesorería la ubicación del backup en la caja fuerte del hospital, En el área de sistemas diariamente se almacena en el centro de computa y se registra en bitácora, En el área externa se analizaron los sitios anexos al hospital (Despertar y Archivo Institucional) se en cuenta el área de mantenimiento realizando adecuaciones físicas, seguridad y ambiental, Se evidencia oficio 403-GFPA-174 julio 11 de 2011 se transfiere copia de seguridad mensual con corte 30 de junio de 2011, copia realizada por el área de la ejecución del proceso de recreación realizada el 8 de julio de 2011, copia de seguridad realizada por el área de sistemas posterior a la terminación de la ejecución del proceso de recreación el día 10 de julio de 2011</p>	<p>Se evidenció el procedimiento actualizado mediante resolución 013 del 17/01/12 con código GS-SIS-PR-001 y el GS-SIS-PR-002, el sitio que se tiene destinado es la oficina de planeación y sistemas custodiada por el asesor y la otra copia se encuentra en la caja fuerte de la tesorería y temporalmente en el servidor se va guardando una copia diaria, de la misma manera se guarda una en medio magnético.</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	---	------------	----------

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el</p>	<p>H: Gestionar la adquisición del nuevo software en los servidores en clúster ante la Secretaría Distrital de Salud con el fin de asegurar el tiempo de respuesta ante posibles riesgos.</p>	<p>3 Gestiones realizadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se actualiza el proyecto y se obtiene la viabilidad y concepto técnico del proyecto mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de las empresas sociales del estado, componentes sistemas de información. Radicado 177788 de 13 de diciembre de 2010, Se realizo contrato No. 1225 De adquisición de equipos y adecuación de cableado estructurada y red regulada se hace seguimiento de control de ejecución de los contratos. 'Se adjunta evidencia de acta de finalización del contrato 12225 de fecha mayo 25 de 2011, lo anterior se encuentra incluida en el proyecto que fue viabilizado por la secretaria distrital de salud.</p>	<p>Revisadas las evidencias se vislumbra que el Hospital realizó las gestiones pertinentes para la adquisición del software, logrando la viabilización del proyecto por parte de la SDS en el mes de diciembre del año 2011, suscribiendo se el contrato 1189 de 2011, contrato que debió ser terminado por mutuo acuerdo incurriendo en un gasto para el Hospital por valor de \$3.870.815, toda vez que no se</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	---	-------------------------------	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	---	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.										contaba con el presupuesto para su pago, en consecuencia se cumplió con la acción que era la gestión de un aplicativo. CERRADA.		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas	H: Socializar e implementar el procedimiento de copias de seguridad.	No. Funcionarios socializados en el proceso de backup / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta evidencias socialización procesos de backup	Fue socializado mediante correo electrónico y de manera personalizada a fin de enseñar el procedimiento para la copia de seguridad backup. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ia 200 9		externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.												
Au dito ria Gu ber na me ntal con En fo que	3.11. Siste mas de Infor mación	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por	V: Elaborar listas de chequeo para confirmar el funcionamiento de los servidores	No. Ítems Aprobados / No. Ítems Evaluados	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta lista de chequeo consolidada de enero y febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre	Teniendo en cuenta que la actividad hace parte de la estrategia 3 del PESI, se verificó su cumplimiento, en cuanto a los cuatro	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.										sistemas que manejan. CERRADA	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el</p>	<p>V: Verificar la ejecución del proceso de backup por los usuarios finales</p>	<p>No. Funcionarios que realizaron el proceso de backup / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Con la lista de chequeo se analiza la ejecución por el usuario final. Se adjunta seguimiento copias de seguridad fecha junio, julio, agosto, septiembre de 2011</p>	<p>Se realiza seguimiento por parte del área de sistemas mediante la aplicación de listas de chequeo, se requiere al sujeto cuando las copias de seguridad no se están realizando de acuerdo a lo establecido en el procedimiento aprobado. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	--	---	--	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	------------	----------

		suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.												
Auditó ria Gu ber na me ntal con En fo que e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se adjunta evidencia de seguimiento por parte de la oficina de planeación y sistemas a los usuarios recordando la importancia de realizar las copias de seguridad de las carpetas de trabajo de cada uno de los usuarios teniendo en cuenta la política de seguridad informática de la institución. Se adjunta evidencia de fecha 21 de septiembre, se adjunta circular firmada por la Gerencia de Octubre 1	La realización de las acciones de seguimiento y evaluación permiten detectar problemas en la aplicación del procedimiento que se han mejorado en desarrollo del mismo, por lo cual se han implementado capacitaciones personalizadas a fin de corregir falencias en la aplicación del	1,7	C

		físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.																procedimiento. CERRADA
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia	3.11. Sistemas de Información	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoría, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La	P: Actualizar el Mapa de Riesgos incluyendo las observaciones realizadas.	Mapa de Riesgos Aprobados y Ajustados	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Se actualizo mapa y mitigación de riesgos de sistemas de información , se hizo observaciones por el área de gestión pública y autocontrol se en cuenta en plan de mejoramiento teniendo en cuenta auditoria de calidad realizada,Se actualizo mapa y mitigación de riesgos de sistemas de información , se hizo observaciones por el área de gestión pública y autocontrol se en cuenta en plan de mejoramiento teniendo en cuenta auditoria de calidad realizada09-02-2012, 'Se presenta a la veeduría esta mapa de riesgo cuanto el hospital solicito asesoría en este tema, en espera de aprobación.	Se verifico que el mapa de riesgos fue actualizado y aprobado mediante la resolución 0232 del 01/08/11. CERRADA	1,7	C				

ia 200 9		ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.												
Au dito ria Gu ber na men tal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 9	3.11. Siste mas de Infor mación	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados,	H: Socializar el Mapa de Riesgos y gestionar las acciones de mitigación	No. Acciones de mitigación del riesgo gestionadas / No. Acciones de mitigación del riesgo programadas	100%	José Cerm eño-	01/11/ 2010	31/10/20 11	Mensual	100	Se evidencia seguimiento a la mitigación en el mapa de riegos	Se verificó la socialización del mapa de riesgos de acuerdo a acta de trabajo en el mes de abril del año 2011, y se evidencian la realización de las acciones de mitigación propuestas. CERRA DA.	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		que determinen la eficacia de los controles implementados.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoría, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.	V: Realizar seguimiento a las acciones de mitigación	No. Seguimientos Realizados / No. Seguimientos Programados	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	100	Una de las actividades programadas como mitigación es el incumplimiento de la norma, por esa razón se oficio a la CDS con el objetivo de que se evaluara y aprobara el PESI, 'Se evidencia seguimiento a la mitigación en el mapa de riesgos	Se realizo seguimiento a las acciones realizadas a fin de mitigar el riesgo. CERRADA	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoría, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.</p>	<p>A: Realizar las acciones de mejoramiento.</p>	<p>No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se actualizo mapa y mitigación de riesgos de sistemas de información , se hizo observaciones por el área de gestión pública y autocontrol se encuentra en plan de mejoramiento teniendo en cuenta auditoria de calidad realizada</p>	<p>Se esta en el proceso de actualización del mapa de riesgos de acuerdo a la valoración de las acciones adelantadas a fin de mitigar los riesgos. CERRADA</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
<p>Auditoría Gubernamental</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.8. Revisada una muestra de días de los registros documentales físicos de las dietas suministradas a pacientes y vales de dietas adicionales, en cumplimiento del</p>	<p>* El registro de nombre del usuario hospitalizado y tipo de dieta se hará en forma clara</p>	<p>*Aprobación de Formato solicitud de dietas por cada servicio de hospitalización.</p>	<p>100% de registros</p>	<p>Grupo Funcional Nutrición y Dietética</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>La oficina de Gestión Pública verifica que en el área de nutrición existan las evidencias en forma clara y en tinta en el formato de registro de solicitud de dietas por servicios para los tres tiempos. Se envía a la oficina de planeación y sistemas</p>	<p>Se verifico que mediante resolución 100 de 2011 se aprobaron</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>

<p>con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>contrato de alimentación No.578 de 2009, durante los meses de noviembre y diciembre de 2009, confrontado contra el registro digital en hoja electrónica suministrado por la nutricionista responsable del registro en el hospital, y los cuadros agregados de ?Resumen Diario de Dietas Entregadas? suministradas en los meses citados, que reposan como soporte de la ejecución en la carpeta del contrato y la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y diferentes áreas de pacientes hospitalizados generada por la oficina de sistemas del sistema de información SIGMA, se encontraron algunas inconsistencias en las cantidades de dietas y datos registrados. Entre los cuales se destacan: registros incompletos sin nombre del paciente al cual se le entregó la dieta o refrigerio, inconsistencia entre los registros y cantidades individuales y los agregados reportados</p>	<p>y en medio inmodificable (tinta) en el formato de registro de dietas por servicio para tres tiempos de comida (desayuno, almuerzo y comida). * Realizar el procedimiento para manejo de registro dietoterapéutico ajustando actividad y niveles de control solicitando aprobación por el área de calidad del Hospital. * Solicitar a la oficina de Calidad la aprobación del formato de dietas por servicio. * Verificación de registro</p>	<p>*Implementación y aprobación del Procedimiento para manejo de registro dieto terapéutico. * Implementación de herramienta Excel</p>								<p>el procedimiento para manejo de registro dieto terapéutico planteado por nutrición, pendiente aprobación por calidad. 'Ser adjunta formato aprobado por el área de calidad en donde se registra diariamente las ordenes dietarias de los usuarios hospitalizados de cada servicio, el cual reposa como archivo en la oficina de nutrición debidamente foliado en tinta con los nombres de los usuarios, carpetas organizadas mensualmente, pendiente procedimiento registro dieto terapéutico para aprobación por calidad. Se verifica cuadro Excel en donde se registra dietas entregadas diariamente a los servicios de hospitalización. Se adjunta formato de dietas por servicio falta aprobación por el área de calidad y su respectiva resolución. Se verifica la evidencia de los registros documentales mes noviembre, diciembre debidamente foliados con es pestañas de cartón amarrados. Se adjunta listado en Excel del mes de noviembre y diciembre de censo de dietas, Se adjunta resolución 00100 de 2 de mayo de 2011 se prueba procedimiento REGISTRO DIETOTERAPEUTICO DE USUARIOS HOSPITALIZADOS, REGISTRO DIETOTERAPEUTICO DE FORULAS LACTEAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, REGISTRO</p>	<p>los formatos arriba mencionados y el procedimiento HS-NYD-PR-001, en visita realizada al área de nutrición se verifico que el registro de las dietas se realiza en tinta, se llevan las estadísticas mensuales de las dietas en un cuadro de Excel, se realiza la verificación diaria contra el área de enfermería dado por el sistema, se almacenan los archivos mensualmente y se amarrando cumplimiento a las acciones a</p>		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>al final de la planilla, incoherencia entre el número de cama registrado en la planilla y el código de identificación de la cama que se registra en la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y hospitalizados durante la vigencia 2009, incoherencia entre dietas entregadas a un paciente con nombre registrado en la planilla y que no aparece ni en las fechas indicadas ni en el área de la base de datos de pacientes señalada en el registro de las planillas como dieta efectivamente entregada, los tipos de dietas cambian de una jornada a la otra, utilización de códigos alfabéticos diferentes a los generalmente parametrizados, ilegibilidad de los registros de tipo de dieta indicada y uso de letra ilegible, registros de cantidades entregadas en lápiz que fácilmente pueden ser modificados, registros enmendados o borrados. Revisando las hojas electrónicas en donde se registran</p>	<p>de dieta y nombre del usuario contra el censo diario de enfermería en cada servicio de hospitalización. * Los registros documentales escritos que se genera diariamente se organizarán y foliarán al final de cada mes, colocando pestañas de cartón en sus extremos y amarrando cada paquete, para al final de la vigencia entregar toda la documentación relacionada al área de archivo documental. * Se</p>							<p>DE FORMULAS ENTERALES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Ser adjunta formato aprobado por el área de calidad en donde se registra diariamente las ordenes dietarias de los usuarios hospitalizados de cada servicio, el cual reposa como archivo en la oficina de nutrición debidamente foliado en tinta con los nombres de los usuarios, carpetas organizadas mensualmente, pendiente procedimiento registro dieto terapéutico para aprobación por calidad. Se verifica cuadro Excel en donde se registra dietas entregadas diariamente a los servicios de hospitalización. se adjunta resolución 0082 que incluye formatos de orden dietaria, orden de refrigerios, orden de formulas lácteas, orden de formulas enterales, evidencias enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre</p>	<p>las cuales se comprometieron. CERRADA.</p>		
--	---	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>las dietas entregadas, se estableció que no se cuenta con registros automáticos individuales por paciente y dieta entregada solo están registrados los agregados, dificultando la identificación y verificación adecuada de los registros documentales suministrados, con el agravante que este tipo de herramientas ofimáticas presentan vulnerabilidad en cuanto a seguridad e integridad de la información que se registre, y en los errores en que se puede incurrir por registros errados o cuantificaciones manuales que no permiten validación de integridad o consistencia alguna, y no aseguran confiabilidad de la información. En ese sentido, el hospital carece de un sistema de información adecuado para el registro y control de este tipo de información crítica que implica erogaciones importantes y</p>	<p>implementa ra mediante una herramient a automática (Excel) el registro diario de las dietas suministrad as</p>											
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>periódicas que pueden aumentar el riesgo de pagos de mayores valores por dietas no entregadas efectivamente y que con las deficiencias de control automático presentes no se pueden vislumbrar o verificar previamente. Las deficiencias señaladas generan incertidumbre sobre la cantidad real entregada y por consiguiente puede generar errores de cálculo de los valores cobrados. Así mismo, en los registros documentales físicos se observaron deficiencias de archivo, dado que estas planillas y vales no tienen elementos adecuados de protección externa (carpetas, plásticos, etc.) que aseguren su mantenimiento o almacenamiento íntegro sin deterioros por causas ambientales externas o de manipulación.</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistema de Información</p>	<p>3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de</p>	<p>P: Definir el alcance estadístico del nuevo software misional que va a adquirir el Hospital</p>	<p>Análisis del alcance del software adquirido</p>	<p>1 análisis pre-implentación</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Anual</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, 'Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial, Se adjunta actualización proyecto de hardware y software del hospital vigencia 2011, el objetivo es solicitar la implementación de un nuevo sistema de información totalmente integrado y que se ajuste al macro proyecto historia clínica única distrital.</p>	<p>En los estudios previos realizados por el hospital como sustento del proyecto de inversión que fue aprobado se realizaron las justificaciones y definiciones del alcance estadístico y demás características del nuevo software a adquirir, por lo tanto se dio cumplimiento a la acción. ABIERTA</p>	<p>0</p>	<p>A</p>
---	-------------------------------------	--	--	--	------------------------------------	----------------------	-------------------	-------------------	--------------	------------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigilancia 2009	3.11. Sistema de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e	P: Formalizar y Normalizar la bases de datos que tiene establecido el Hospital para el procesamiento estadístico	Base de datos normalizada y documentada	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, 'Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial, Se adjunta actualización proyecto de hardware y software del hospital vigencia 2011, el objetivo es solicitar la implementación de un nuevo sistema de información totalmente integrado y que se ajuste al macro proyecto historia clínica única distrital.	Teniendo en cuenta que nunca se logro la adquisición del nuevo software no se cumplió con la acción. ABIERTA	0	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.												
Auditó Gu bernamental con Enf oque Integral Modali	3.11. Sistema de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión	H: Implementar el nuevo software con el fin de asegurar la integridad de la información estadística.	No. Módulos Implementados / No. Módulos a Implementar	50%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, 'Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial, Se adjunta actualización proyecto de hardware y software del hospital vigencia 2011, el	Teniendo en cuenta que nunca se logro la adquisición del nuevo software no se cumplió con la acción. ABIERTA	0	A

<p>dad Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.</p>								<p>objetivo es solicitar la implementación de un nuevo sistema de información totalmente integrado y que se ajuste al macro proyecto historia clínica única distrital.</p>		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de</p>	<p>H: Socializar la documentación de la Base de datos temporal</p>	<p>No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios del área de Planeación y Estadística</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, 'Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial, Se adjunta actualización proyecto de hardware y software del hospital vigencia 2011, el objetivo es solicitar la implementación de un nuevo sistema de información totalmente integrado y que se ajuste al macro proyecto historia clínica única distrital.</p>	<p>Teniendo en cuenta que nunca se logro la adquisición del nuevo software no se cumplió con la acción. ABIERTA</p>	<p>0</p>	<p>A</p>
---	--------------------------------------	--	--	---	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigilancia 2009	3.11. Sistema de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e	V: Realizar seguimiento o a las acciones de implementación	No. Seguimientos Realizados / No. Seguimientos Programados	100%	José Cermeno	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial	Teniendo en cuenta que nunca se logro la adquisición del nuevo software no se cumplió con la acción. ABIERTA	0	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modal	3.11. Sistema de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	José Cermeno-	01/11/2010	31/10/2011	Anual	100	Se adjunta oficio de noviembre de 2009 en el cual la SDS nos autoriza compra de software, arrendamiento o desarrollo, 'Se evidencia oficio respuesta al 129754 del 15 de septiembre de 2011 donde se autorizo la institución todo el proceso para la adquisición del aplicativo, no obstante lo anterior el proyecto debe estar avalado por la SDS y adicionalmente debe existir cofinanciación del ente territorial, Se adjunta actualización proyecto de hardware y software del hospital vigencia 2011, el	Teniendo en cuenta que nunca se logro la adquisición del nuevo software no se cumplió con la acción. ABIERTA	0	A

<p>dad Re gul ar Vig enc ia 200 9</p>	<p>en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.</p>									<p>objetivo es solicitar la implementación de un nuevo sistema de información totalmente integrado y que se ajuste al macro proyecto historia clínica única distrital.</p>			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.10. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que el contratista que se encargó de la gestión de sistemas durante el período comprendido entre el 17 de noviembre hasta el 26 de enero de 2010, ASEFIX, presentó faltantes que se especifican en informe donde la nueva firma recibe los inventarios, licencias, y pendientes de procesos, que fueron reportados a Activos Fijos a través de oficios. En éste se indica la pérdida de licencias que el contratista nunca entregó, a la fecha este contrato no se ha liquidado y la administración no ha iniciado los trámites pertinentes para el reintegro de los bienes pendientes o perdidos y el reconocimiento de valores por los daños ocasionados por la generación inadecuada de copias de respaldo que generaron reprocesos, caída del sistema entre otros. Lo anterior, puede configurar posibles</p>	<p>1,'Continuar con el proceso de liquidación del contrato 2, solicitar reintegro de bienes pendientes como la licencia o valor del mismo</p>	<p>Contrato Liquidado y reintegro de licencia o valor del mismo</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno-</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>0</p>		<p>No se evidencia ninguna acción, ni seguimiento por parte de los responsables en los archivos que reposan en la oficina de planeación, AL IGUAL QUE NO SE REPORTA NINGUN AVANCE EN LA OFICINA DE Gestión Pública. ABIERTA.</p>	<p>0</p>	<p>A</p>
---	--------------------------------------	---	---	---	-------------	----------------------	-------------------	-------------------	-------------------	----------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		incumplimientos contractuales y por ende un posible detrimento al erario público por los bienes extraviados, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.11. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que con el apoyo del Fondo Financiero Distrital se realizaron mesas de trabajo con las 8 EPSs principales que son Salud Cándor, Sol Salud, Salud Total, Unicajas, Ecoopsos, Humana Vivir, Caprecom y Colsubsidio, con las cuales se revisaron los estados de cartera y se establecieron compromisos de acuerdo pago por	Realizar notificación a la oficina jurídica en el caso de incumplimiento de acuerdos de pago realizados, para el inicio del cobro coactivo de estas deudas. Establecer los compromisos	(Notificaciones para cobro Coactivo / Total de acuerdos de pago incumplidos por parte de los diferentes pagadores en mesas de trabajo con el FFDS)*100 (Notificaciones Cobro Intereses / Total Acuerdos de Pago incumplidos	100%	Amanda León R - Coordinadora Cartera	01/11/2010	31/10/2011	Mensual	30	Se realiza seguimiento a los acuerdos de pagos con la Entidad Salud Cándor EPS subsidiada logrando el pago por giro directo del FFDS, según los recibos de caja 1304042, 1304035, 1317404 y el 1317407, 1324327 y 1324328 sin embargo se hace notificación a la Oficina Jurídica sobre el incumplimiento de este acuerdo de pagos según oficio 1685 no se inicia cobro coactivo porque las cuotas pactadas son canceladas por el fondo financiero, en cuanto a los intereses de mora al tener un vacío jurídico para el cobro de estos (Ley 1122 de 2077 artículo 13 numeral d, el pago de intereses de mora será regulado	Se evidencia que se han realizado las gestiones pertinentes, sin embargo en relación con la acción comprometida no se evidencian reportes a jurídica para los cobros coactivos pertinentes. ABIERTA	1	A

Vigencia 2009	<p>\$1.585 millones, sobre estos acuerdos de pago que se firmaron, se realiza seguimiento de cumplimiento en los meses de julio y agosto de 2010 notificando a las respectivas instancias de control como son FFDS, la Superintendencia Nacional de Salud, Personería de Bogotá, Haggen Audita y las respectivas EPSs. De este incumplimiento la EPS subsidiada que no ha dado cumplimiento a ninguno de los compromisos es Salud Cóndor con la cual se notifica a entes de control FFDS, quienes toman la determinación de girar en forma directa los valores incumplidos de Salud Cóndor descontando de los giros que les realizan a la EPS. No obstante lo anterior, se estableció que los acuerdos firmados en las mesas de trabajo, incluyen según lo indica la normatividad vigente el pago de estos intereses, pero a la fecha estos se encuentran en proceso de cobro persuasivo y no se ha acudido a la</p>	<p>incumplidos por los pagadores, liquidar y cobrar los respectivos intereses de mora, conforme a la normatividad vigente.</p>	<p>por parte de los pagadores en mesas de trabajo con FFDS) * 100</p>								<p>por el ministerio de protección social. al no tener una directriz clara se radica oficio 310-GFF-313-2288 solicitando al Dr. Mauricio Santamaría Ministro de la protección social el instructivo y la tasa de liquidación de interese de mor por atrasos en pago posterior a los tiempos reglamentados para pagos a las IPS. Este cobro se reglamenta a partir del 19 de enero con la Ley 1438 de 2011 y rige a partir de la fecha de su publicación, al tener un acuerdo de pago firmado en junio de 2010 esta norma no aplica retroactividad. Se adjunta oficio 1317 del 1 de junio de 2011 enviado a la gerencia en donde se solicita un software adecuado para el proceso del control de cartera para la liquidación de interese moratorios., se liquida intereses de mora de acuerdo a los intereses manejados por la Dian.</p>				
---------------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009</p>	<p>3.11. Sistemas de Información</p>	<p>3.11.12. Revisando los procesos de baja de elementos y el inventario físico a diciembre 31 de 2009 y los soportes de los mantenimientos realizados por el contratista Tecnicentro Automotriz Hyundautos Ltda., se encontró que a tres vehículos OBA 718 Land Rover Santana, OBD 189 Ford 350 y OAI Mazda 323, que en el momento tienen concepto de baja, se le realizaron mantenimientos superiores a su valor comercial, vehículos que ya habían cumplido su vida útil, dado que son de modelos entre 15 y 20 años atrás. Lo que evidencia debilidades de control de los inventarios y deficiencias de planeación en los procesos de reposición del parque automotor que genere gestión antieconómica por inversiones de recursos inocuas en activos ya obsoletos. Lo transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87</p>	<p>Dando cumplimiento a las actas de baja se procederá a la venta de OBA 718, OBD 350, en cuanto al vehículo mazda la administración reintegrará al inventario este vehículo por cuanto la aprobación para adquirir este depende la autorización de la Secretaria Hacienda y Salud. La administración Gestionara ante las Secretaria de Hacienda y salud la aprobación para</p>	<p>Gestiones aprobadas a cada Secretaria / Gestiones radicadas a cada Secretaria Hojas de Vida Implementadas / # de Equipos de Mantenimiento</p>	<p>100%</p>	<p>Carlos Eduardo Pineda y José Alberto Romero</p>	<p>01/11/2010</p>	<p>31/10/2011</p>	<p>Semestral</p>	<p>100</p>	<p>Se adjunta evidencias dando cumplimiento a la acción correctiva el cuanto a reintegro a l inventario del mazda 323 placa OAI 463 según comprobante de egreso del almacén 16591 de junio 22 de 2010 se envía a la subgerencia administrativo según el mismo comprobante, En cuanto a los vehículos camioneta tipo furgón marca Ford 350 placa OBD 189 y el campero land rover santana placa OBA 718 fueron vendidos, (acta de baja por obsolescencia emitido por el área de activos fijos, comprobante de ingreso en mal estado al almacén 8092 de julio 14 de 2009, acta No. 30 del comité de inventarios del 14 de julio de 2009 donde se sugiere la venta directa, resolución 177 del 9 de agosto de 2010 donde se ordena la baja por venta directa, contrato de compraventa 740 del 2010 de fecha 14 septiembre de 2010, recibo de caja 1303504 el 27 de septiembre de 2010 por valor de \$7,500,000 concepto venta de bienes inservibles dados de baja, comprobante 16909 de octubre 23 de 2010 salida definitiva del almacen,'Se adjunta resolución 000251 del 2 de septiembre de 2011 donde se da de baja a los vehículos placa OAI 463 mazda y OIB 371 Foro como también el tanque de almacenamiento de acpm y 2 cilindros 420 libras en esta misma resolución se autoriza la respectiva ventas en su articulo</p>	<p>Se verifico que mediante memorando 331-AA-160 del 20/06/11, el grupo funcional de recursos físicos de almacén remite el acta de baja de la camioneta Ford placa OBD 189, del Campero Land Rover placa OBA 718, Automóvil Mazda placa OAI 463, Resolución 177 de 2010 por la cual se ordena la baja por compra directa, Contrato No. 740 de 2010, comprobante No. 16909 del 23/10/10 de salida definitiva de</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--------------------------------------	---	---	--	-------------	--	-------------------	-------------------	------------------	------------	--	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003.	adquirir nuevo vehículo. Venta de vehículos dado de baja, reintegro al inventario del vehículo mazda, Creación del Plan de Mantenimiento y Hojas de Vida para el registro de los mantenimientos.								tercero, 'Se adjunta resolución 0266 de 2011 por medio del cual se declara desierta la invitación pública a cotizar N0,017 cuyo objeto esra presentación de propuestas de compra de elementos dado de baja por el hospital se evidencia vehículo mazda y Ford (100%), resolución 0277 de 2011 por medio del cual se declara desierta la invitación pública a cotizar 020 cuyo objeto es la presentación de propuesta de compra de los elementos dados de baja por el hospital san Blas, se verifica mediante auditoria realizada por la oficina de gestión Pública y Autocontrol "prueba selectiva hoja de vida de los equipos"	los bienes inservibles y el comprobante No. 16591 de reintegro al servicio del automóvil Mazda 323 con placa OAI 463. CERRADA		
Auditoría	3.2	3.2.1.1 Algunos funcionarios del hospital no conocen el Código de Ética, ni el Código de Buen Gobierno según lo establecido en el artículo 21 del Decreto 168 de 2007, que reglamenta el Acuerdo Distrital 244 de 2006 ?por el cual se establecen y desarrollan los principios y valores éticos para el ejercicio de la política pública en	Se continuara en los procesos de inducción y reintucción del año 2010 impartiendo la información a cerca de los valores institucionales código de ética y	No de funcionarios capacitados en el año / No. total de funcionarios *	50%	Laura Acevedo	01/04/2010	31/12/2010	Trimestralmente	100	Se evidencia que durante el primer semestre de 2010 se capacitaron 324 funcionarios (Planta - Contrato) en inducción, reintucción temas como código de Buen Gobierno, código de ética, valores institucionales etc.'Durante el mes de agosto se capacitaron 14 contratistas. Se anexa listado e invitación a inducción y reintucción, se capacitaron 25 funcionarios en el mes de diciembre de 2010, se anexa temas q se trataron, Talento humano anexa evidencia de consolidación y entrega de material a los funcionarios de los	En la inducción y reintucción se ha socializado el código de ética y se socializa en cartelera y pago del Hospital	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Regular Vigencia 2008		el distrito capital?, lo cual impide cumplir con lo señalado en el Código de Buen Gobierno ?generar confianza tanto en los clientes externos como internos y asegurar la integridad ética empresarial, la adecuada administración de sus asuntos y la correcta administración de los recursos Humanos y Tecnológicos? contraviniendo lo establecido en el literal c) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	en especial el código de buen gobierno a todos los servidores públicos de la institución								temas en inducción y reinducción. para un total del 363 funcionarios capacitados			
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.1.4 'En el área de presupuesto se identificó con un nivel de riesgo alto ?Falta de software? No contar con un software especializado para uso de presupuesto? y con riesgo medio ?Falta de archivo? No contar con la información debidamente archivada?. Durante la vigencia 2008, la información presupuestal requerida por la Secretaría de Hacienda Distrital, se efectuaba por intermedio de la Secretaría Distrital de Salud, pero a partir de	Uso e implementación del software predios	No de informes realizados y validados por el sistema predios	12 informes	José Alberto Romero, Milcides Vane gas Rozo y Mauricio Ariza	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Reportes de Ingresos y gastos de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2010 validado por predis. 'Reportes de Ingresos y gastos de julio, agosto, septiembre 2010 validado por predios. 'Reporte de ingresos y gastos hasta diciembre validado por predios	En la inducción y reinducción se ha socializado el código de ética y se socializa en cartelera y pago del Hospital	1.7	C

ia 200 8		la vigencia 2009, Hacienda solicitó que la información se remitiera directamente, por lo que un riesgo latente durante el 2008 fue la falta de implementación del sistema PREDIS en forma directa con la SDH contraviniendo lo normado en el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993												
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 8	3.2 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.2.1.5 En el área financiera no se realiza un monitoreo adecuado de los riesgos, frente a factores externos. Un riesgo alto es la ?Falta de presupuesto para ejecutar algunos proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo?, debilidad en los procesos de gestión por parte de la administración para la debida consecución y programación de recursos, incumpliendo el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar para que los proyectos del Plan de Desarrollo, que requieran recursos propios, queden financiados en el presupuesto.	Gestiones realizadas	UNO	Dr Carlo s Eduar do Pined a y Jose Cerm eño	01/04/ 2010	31/12/20 10	bitrismes tralmente	100	En el presupuesto asignado para la vigencia de 2010 se asignó en la parte de inversión la suma de \$1, 245, 000,000, de los cuales están discriminados así: programa fortalecimiento y provisión de los servicios de salud - Dotación \$300 millones que cofinancia el Plan Bienal 2010-2011 y proyecto de reposición de equipos biomédicos, en el que se esta trabajando actualmente y será radicado en el mes de junio/2010. Programa ahora decidimos juntos - Participación Social por el Derecho a la Salud \$50 millones con el cual se fortalecerá la Asociación de usuarios y Copagos y el Control Social sobre los recursos públicos en el cual se está trabajando y será enviado para revisión a la Secretaría Distrital de Salud en el mes de julio de 2010. Programa Tecnologías de la información y comunicación al servicio de la ciudad- Dotación	La veeduría distrital apoyo el componente de mapa de riesgo, el hospital actualizo esta herramienta a diciembre de 2011	1,7	C

											en el cual se da viabilidad al proyecto Reposición y adquisición de equipos biomédicos del Hospital San Blas II nivel ESE 2010. Oficio de la SDS firmado por Gabriel Lozano Díaz de Planeación y Sistemas radicado 1777788 del 13 de diciembre de 2010 viabilidad al proyecto mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de las empresas sociales del estado. Componentes Sistemas de información.			
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.1 La entidad tiene definidas las políticas de gestión y control de la empresa en el Código de Buen Gobierno Institucional. No obstante, en la página web del hospital www.hospitalsanblas.gov.co/ se evidencian cuatro políticas institucionales: calidad, comunicación, talento humano y de seguridad informática que no están unificadas con las definidas en el Código de Buen Gobierno, en donde se incluyen las políticas de: Gestión y Control de la Empresa, con los clientes externos, y contratación para venta	Actualizar la página web del Hospital	Actualización permanente de la página Web	1	José Cermeno	01/04/2010	31/12/2010	Mensual	100	Verificando la página web se evidencia la inclusión de la política de seguridad del paciente, no obstante lo anterior se recomienda bajar la política ambiental que también fue incluida pero no se tiene aprobada mediante resolución. Se incluye política ambiental aprobado por resolución 292 de 10 de diciembre de 2010	La pag.se ha actualiza , esta actividad tiene quesera mas recurrente para garantizar que la información sea la vigente	1,7	C

8		de servicios; política de calidad; política de seguridad del paciente; política de responsabilidad social y ambiental; lo cual impide tener información actualizada consistente y oportuna de las políticas del hospital, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.3 La entidad presenta indicadores financieros de manera oportuna la información contable a las entidades públicas que la requiera, sin embargo, no se evidencia indicadores para evaluar la ejecución de actividades, lo cual dificulta el seguimiento y monitoreo al desarrollo de la tarea, contraviniendo el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Identificación e implementación de indicadores financieros	No de indicadores aplicados/ No de indicadores identificados * 100	100%	José Alberto Romero y Milcia des Vane gas Rozo	01/04/2010	31/12/2010	Mensual	100	Se identificaron indicadores de actividad, no obstante lo anterior en Planeación no reporta fichas técnicas. 'Se adjunta reporte de fichas técnicas u hoja de vida de los indicadores	la entidad maneja indicadores para medir sus actividades.	1,7	C

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno</p>	<p>3.2.2.4 Se observan debilidades frente a la consistencia y uniformidad en el adecuado procesamiento de los datos e información que registra el sistema de información SIGMA con relación a la que administra y manejan las áreas asistenciales del Hospital; donde los procedimientos de registro, validación, análisis y reporte de la información no tienen un filtro para unificar criterios de información al igual que no se evidencia una parametrización de la información entre las áreas asistenciales con el área de planeación y sistemas que en últimas es quien consolida y valida la información oficial. Es así que el área asistencial registra una información sobre el número de pacientes hospitalizados en el Área de Urgencias de 4.182 pacientes, mientras que en el reporte del sistema SIGMA se registran egresos de urgencias de 1.971 egresos, en contravía de lo</p>	<p>Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.</p>	<p>1</p>	<p>Uno</p>	<p>José Cermeno</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/03/2011</p>	<p>Trimestralmente</p>	<p>100</p>	<p>Acta de 26 de enero de 2010 reunión en la sala de oficina de sistema de la SDS tema Cambio del software del Hospital San Blas en donde el Ingeniero Omar Palacios hace hincapié s que se mantiene la directriz de la SDS en la que el Secretario de Salud informa que ninguna ESE está autorizada para hacer inversión en compra de software, el ingeniero Palacios manifiesta que se hará un diagnóstico de las necesidades en lo que concierne a hardware, como base para implementar el software relacionado con Historia Clínica Única Distrital y Telemedicina. Oficio del Secretario de Salud donde informa que cualquier inversión en desarrollo o arriendo del software diferente a los mencionados anteriormente o inversión en plataforma tecnología, deberá tener la autorización expresa y escrita de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS para el efecto. En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con</p>	<p>Se gestiono la adquisición del aplicativo, pero la adquisición depende del V.B. de SDS, se debe actualizar esta observación en el nuevo plan de mejoramiento y plantear acciones que el Hospital pueda cumplir</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	----------	------------	---------------------	-------------------	-------------------	------------------------	------------	---	---	------------	----------

		normado en el literal e) del artículo 2º y el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.								radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)				
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 200	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.5 Los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radiadores 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, situación evidenciada en la solicitud de información 100121-23 de noviembre 3 de 2009, sobre el ?reporte de cirugías aplazadas o	Gestionar la adquisición de un aplicativo base que permita integrar la información asistencial y administrativa y que permita la adecuada toma de decisiones gerenciales	1	Uno	Dr. Carlos Eduardo Pineda	01/01/2010	31/03/2011	Trimestralmente	100	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus	se gestiono la adquisición del aplicativo, pero la adquisición depende del V.B. de SDS, se debe actualizar esta observación en el nuevo plan de mejoramiento y plantear acciones que el Hospital pueda cumplir	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

8		canceladas por falta de ropa esterilizada, desde la compra del equipo autoclave marca Baumer a la fecha?, que de acuerdo con la información suministrada por Planeación, no tiene en cuenta el libro de registro manual de salas de cirugías, es decir, no existe un sistema integrado de información, lo cual genera incertidumbre en la información de la entidad, infringiendo el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.												
Auditó ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc	3.2 Evalu ación del Siste ma de Contr ol Intern o	3.2.2.6 Se evidencian debilidades en el sistema de la información secundaria, al observarse que en la rendición de la cuenta a través del SIVICOF en lo correspondiente a los Formularios CB-0408C, CB0501E4, CBN1094 la información suministrada por la entidad no es suficiente, oportuna ni confiable en la presentación de sus registros lo que genera incertidumbre en contravía de lo establecido en el literal e) de los artículo 2º y 3º de la Ley 87 de 1993.	Rediseñar los procedimientos para la organización, sistematización y verificación de la información relacionada con servicios públicos (energía)	Registro de Consumos: No. Registros Realizados/No. Registros por Realizar * 100	100% de la información (consumos y costos) sistematizada y verificada	José Alberto Romero y Adriana Patricia Rincón	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Se levanta procedimiento pago servicios públicos, resolución interna por Gerencia de 4 de junio de 2010	Se ajustaron los procedimientos y fueron aprobados mediante resolución	1,7	C

ia 200 8														
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oque e Inte gral Mo dali dad Re gul ar Vig enc ia 200 8	EV AL UACI ON DE PRE SUP UEST O(8)	3.2.2.7 El hospital tiene manuales, informes, actas, actos administrativos, formatos, normas contables, sistemas de información y herramientas como intranet e Internet. Cuenta con el aplicativo SIGMA para procesar información de facturación, cartera, tesorería, cuentas por pagar, inventarios, activos fijos y nóminas, por interfaces, es decir, el sistema de información financiera no está integrado y no cuenta con el módulo de costos que se viene ejecutando de forma manual, hojas en Excel, desconociendo la obligación legal de implementar sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control según lo establecido en el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición del aplicativo.	1	Uno	Dr. Carlo s Eduar do Pined a y José Cerm eño	01/04/ 2010	31/03/20 11	Trimestr al	100	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus.' En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la.' En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer	Gestionan pero no adquieren el equipo. La observación o hallazgo se cierra.	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

										algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la				
Audit Guberna mental con Enf oque e Inte gral Moli dad Re gul ar Vig encia 200	EVAL UACI ON DE PRE SUP UEST O(8)	3.2.2.8 El área de presupuesto no cuenta con el módulo del sistema de información SIGMA, lo que impide generar interfaces con las demás dependencias relacionadas como tesorería, contabilidad, cuentas por pagar y cartera, entre otras, situación que obliga a realizar los cruces de los registros en forma manual, lo cual genera un nivel de riesgo alto en la información, que fue identificado por el área de presupuesto ?Falta de software? No contar con un software especializado para uso de presupuesto?. De	Gestionar la adquisición de un sistema integrado	1	UNO	Dr. Carlos Eduardo Pineda y José Cermeno	01/04/2010	31/03/2011	Trimestral	100	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus. 'En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo,	Gestionan pero no adquieren el equipo. La observación o hallazgo se cierra.	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

8		otra parte, los sistemas de información PREDIS y SIGMA, en ocasiones generan reprocesos para la generación de informes finales, por cuanto obliga a realizar cruces con el paralelo en Excel, que concentra los datos de manera individual, lo que no permite un sistema integrado y ágil de la información. Consultada la página web del hospital, se evidenció que no están publicados los informes financieros presupuestales en contravía de lo establecido en el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.								impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)				
Auditoría Guaberna mental con Enfoque Integral de Rendimiento	EVALUACION DE PRESENTACIONES (8)	3.2.2.9 La difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuye al fortalecimiento de la imagen institucional. Los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas se realiza a través de comités internos, sin embargo, no hay oportunidad en el reporte de información por parte de la gestión ambiental y sanitaria del hospital	Realizar entrega completa y oportuna de reportes y consolidados a las autoridades competentes	No de informes entregados oportunamente/ No total de informes a presentar*100	100%	José Alberto Romero, Adriana Patricia Rincón	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Envío informe trimestral PIGA (I) a Secretaria Distrital de Ambiente, presentación informe anual de gestión de residuos hospitalarios, presentación de informe de caracterización de vertimientos, envió de indicadores de Gestión Integral de Residuos hospitalarios 2009, oficio 321-0664 se envía informe III trimestre plan de acción interno a UAES, informe tercer trimestre a secretaria Distrital de ambiente oficio 321-0671, Cuarto trimestre informe UAESP 321-GFTH-0664, Informe PIGA oficio 321-GFTH-0671	El hospital ha cumplido con la entrega de informes en términos.	2	C

gular Vigencia 2008		responsable del monitoreo, y consolidación de informes a las autoridades competentes, según se evidenció en la documentación y actas de comité ambiental de la vigencia 2008, incumpliendo lo preceptuado en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.												
Auditaria Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.10 La pagina Web www.hospitalsanblas.gov.co no está actualizada, lo que impide tener información oportuna y confiable para acceder a los servicios, en tanto no se evidencia, por ejemplo, información de resultados de la gestión, indicadores financieros del hospital, políticas unificadas, divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios, noticias actualizadas y listado de funcionarios en donde se indique cargo, teléfono y/o extensión incumpliendo el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Actualización de la página Web del Hospital	12	100%	José Cermeno	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Se verifica que en la página se incluyeron indicadores financieros, balance, Estado de Pérdidas y Ganancias del año 2009 , en cuanto al año 2010 esta misma información a corte marzo, se registra plan de compras 2010, y noticias actuales.' Se evidencia noticas actualizadas al mes de septiembre, falta incluir último trimestre, se incluyen convocatorias como Revisor Fiscal y adquisición torre de gastro. Se evidencia invitaciones públicas durante el mes de noviembre y diciembre	Si se actualizo la pagina web pero esta actividad debe ser permanente	1,7	C

Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regulatoria Vigencia 2008	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.3.1 Se observa debilidades en el subsistema de control de evaluación, en lo referente a que no se evidenció un análisis y evaluación respectiva al Plan de Desarrollo "Bogotá sin indiferencia: un compromiso contra la pobreza y la exclusión" correspondiente al periodo 2004-2008. Situación que hacia parte de los lineamientos generales del plan de gestión de la actual administración con el fin de realizar el seguimiento, evaluación y control estratégico de la ejecución de las metas físicas y financieras del plan de desarrollo finalizado a mediados de la vigencia fiscal de 2008, incumpliendo el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Articular los objetivos Estructurantes del Plan de Desarrollo 2008-2012 con la metodología a BSC la cual permite hacer seguimiento y evaluar los planes programas y proyecto que se controlara a través del POA.	No. De evaluaciones realizadas / Total de evaluaciones programadas *100	100%	José Cermeno	01/04/2010	31/12/2010	Trimestralmente	100	Se articulo el plan de desarrollo institucional con los objetivos Estructurantes con ciudad de derechos, legitimidad social, participación y gestión pública eficiente el cual la oficina de planeación hace entrega a Gestión Pública y Autocontrol como se articula, para la vigencia del 2009 se evaluó el plan de desarrollo respecto al cumplimiento de las metas trazadas, en cada Poa se observa la perspectiva del BSC	Las actividades del POA son coherentes con los objetivos de la plataforma tecnológica, sin embargo los indicadores que se formulan para el seguimiento de las actividades básicamente son de cumplimiento	2	C
--	---	---	--	---	------	--------------	------------	------------	-----------------	-----	--	---	---	---

<p>Auditória Guibernamental con Enfermedades e Integralidad Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>PLAN EACION - SISTEMA SUBGERENCIAL DE SERVICIOS DE SALUD - AREA DE ATENCION AL USUARIO</p>	<p>3.2.3.2 De acuerdo con la programación de las agendas medicas por especialidad, no se evidencia una política de autoevaluación de la gestión a realizar y/o realizada, mediante algún instrumento de medición que soporte las planillas de reporte de programación de agendas, en el sentido que se puedan consolidar la información pertinente sobre las consultas atendidas, incumplidas, pendientes de reprogramación y motivos de cancelación, entre otras, contraviniendo lo estipulado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.</p>	<p>Realización de un informe que incluya la consolidación de la información relacionada con el número de consultas atendidas, canceladas, incumplidas, reagendadas, y sus motivos para el análisis, toma de acciones preventivas y correctivas y ampliación del análisis producción vs. Capacidad instalada.</p>	<p>No total de informes</p>	<p>4</p>	<p>Mauricio Tribin, Gina Gutiérrez, Martín Rodríguez y Diba Burbano</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestralmente</p>	<p>100</p>	<p>El resultado de análisis del periodo del 2010 fue positivo en cuanto a la demanda atendida. La contratación con IPS subsidiadas incluyendo la cápita, el reforzamiento del recurso humano y el monitoreo continuo de los procesos fueron puntos clave para el resultado. Se presento durante la vigencia del 2010 fue la disminución del 61% de la inasistencia de los pacientes a consulta, producto de las medidas preventivas y correctivas q adopto el hospital como fueron: comparendos o charlas de sensibilización a los usuarios, socialización de la política deberes y derechos, entrenamiento de los funcionarios, es resultado de estas estrategias es la utilización del 95% del tiempo del Recurso Humano programado para consulta. El porcentaje de asignación de consulta equivalente a la utilización de la capacidad instalada en lo referente al recurso humano, también se mostro estable aunque en septiembre presento una disminución en un 17%. La inasistencia se suplió en la mayoría de con consultas extras, este tipo de consultas correspondió al 3,75% de la consulta signada</p>	<p>Durante la vigencia 2010 se realizaron informes trimestrales que permitieron el cumplimiento de la acción comprometida. CERRADA.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---	--	--	-----------------------------	----------	---	-------------------	-------------------	------------------------	------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPERUESTO(8)</p>	<p>3.4.1.1 Con relación a la venta de servicios con cargo al contrato de vinculados, se refleja que de un presupuesto definitivo de \$18.042.9 millones, se recaudaron recursos por \$16.625.1 millones, equivalentes al 92.14%. Este ingreso se perfeccionó mediante la facturación generada por el Hospital al FFDS, por la suscripción y ejecución de los convenios interadministrativos Nos: 475 del 27/04/07, para vinculados, incluido el proyecto de gratuidad en salud, ejecutado desde el mes de octubre de 2008, cuyo objeto es "¿la cuota de recuperación para la población afiliada al régimen subsidiado, identificada en los niveles SISBEN 1 y 2, que demande servicios de salud no POS-S que se encuentre dentro de los siguientes grupos poblacionales (1) población entre 1 y 5 años, (2) mayores de 65 años y (3) población con discapacidad severa, será asumida por el FFDS?" y el</p>	<p>Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería</p>	<p>Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas</p>	<p>12</p>	<p>José Alberto Romero, Milcides Vane gas Rozo, Mauricio Ariza y Edwin Gonzales</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010, julio, agosto,septiembre,octubre,noviembre y diciembre de 2010</p>	<p>Se verificaron las conciliaciones y no hay diferencias. Este hallazgo se cierra</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---------------------------------------	---	---	---	-----------	---	-------------------	-------------------	----------------	------------	---	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>convenio para desplazados, suscrito el 28/09/07. Durante la vigencia 2008, el mes de marzo es el que registra el mayor recaudo (40.14%), representado en \$6.674.09 millones, sin embargo, en los comprobantes de ingreso a tesorería de este mes, se registra un valor de \$6.707.82 millones, presentándose una diferencia de \$33.72 millones, correspondiente al recibo de caja No.1074436 del 04/03/2008, valor no incluido en esta cuenta, pero que se relaciona en el rubro presupuestal FFDS - APH, lo que evidencia un registro indebido en la cuenta FFDS - APH, por cuanto el recaudo de los \$33.72 millones, pertenecen es al rubro FFDS Atención a Vinculados, acuerdo al objeto definido en el plan de cuentas presupuestales, esta situación ocasiona por un lado sobreestimación de las cuentas y por otro disminución, en cuanto</p>																	
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		al recaudo efectivo generado durante el período, como consecuencia se evidencia que no se está cumpliendo estrictamente con el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	EVALUACION DE PRESUPERUESTO(8)	3.4.1.2 Evaluado el rubro Atención a Vinculados, se encontró que el recaudo producto del convenio N. 137 de 2005, para atender los accidentes escolares, suscrito entre las Secretarías Distrital de Salud y de Educación, corresponde a pagos de actividades prestadas y facturadas de la vigencia 2007, que se registraron en la vigencia 2008; de ese recaudo, el recibo de caja No. 1061872 del 22/01/2008, por valor de \$0.82 millones, se registró en la ejecución de ingresos del presupuesto en las cuentas por cobrar - FFDS, en el mes de enero de 2008. De otra parte, los recibos de caja No. 1088422 del 22/04/2008, por valor de \$2.92 millones y el No. 1092927 del	Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería	Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas	12	José Alberto Romero, Milcides Vane gas Rozo, Mauricio Ariza y Edwin González	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2010	Se verificaron las conciliaciones y no hay diferencias. Este hallazgo se cierra	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>08/05/2008, por \$1.18 millones, se registraron a nombre de la Secretaría de Educación en los meses de abril y mayo de 2008, en el rubro presupuestal de Cuentas por Cobrar - Otros pagadores. Por lo anterior se evidencia que el hospital no registró el recaudo de los \$4.1 millones, correspondientes a los recibos de caja Nos: 1088422 y 1092927, en el rubro cuentas por cobrar FFDS, sino en el rubro cuentas por cobrar - Otros pagadores, situación que determina un indebido registro en los valores de la cuenta de cobro, lo que denota que faltan puntos de control en el área, contraviniendo lo estipulado en el artículo 2, literal e), de la Le 87 de 1993.</p>													
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPERUESTO</p>	<p>3.4.1.4 En el informe de austeridad del gasto, presentado por la ESE en la cuenta anual de 2008, por el sistema de información SIVICOF, se observó mediante prueba selectiva que los siguientes medicamentos e insumos hospitalarios, no presentaron cambios significativos en los valores unitarios, como por ejemplo: ?Amikacina Solución inyectable 250 mg/mL (500 mg/2 mL), Ampolla x 2 ml?, adquirido mediante del contrato No. 410 con CORPAUL del 14-03-2008 a mayo de 2008, se compró a \$566 pesos, el mismo precio adquirido en la vigencia 2007, posteriormente se pactó el contrato No.1504 con el mismo proveedor, con un plazo del 27-10-2008 al 27-12-2008, por medio de este nuevo contrato, se compraron 150 unidades, a \$420 pesos, el mismo precio de la vigencia 2007. Con lo anterior se evidenció que el descuento del valor inicial del medicamento en el 2007, que era de</p>	<p>Controlar y verificar los precios a pactar contractualmente buscando austeridad en el gasto.</p>	<p>Informe de austeridad en el gasto</p>	<p>2</p>	<p>Gerardo Vera Cuenca</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/10/2010</p>	<p>Semestral</p>	<p>100</p>	<p>A junio 30 de 2010 se recibe oficio en la oficina de gestión en donde se informa que una vez detectada la necesidad del medicamento o insumo se procede a cotizar con los diferentes proveedores registrados en la base de datos del área de suministros y analizan y se comparan los precios así como las calidades de y características de los productos y se proceden a comparar a quien ofrece el costo que más favorezca al hospital, verificando a través del procedimiento adquisición de bienes y/o servicios.</p>	<p>Esta observación se cumplió. Hallazgo cerrado</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	------------------------------------	---	---	--	----------	----------------------------	-------------------	-------------------	------------------	------------	---	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		\$566 pesos, a \$420 pesos en el 2008, solo se hizo efectivo desde el mes de octubre, hasta diciembre de 2008 inclusive y no por toda la vigencia, como se relaciona en el informe reportado por el hospital. Igualmente, con el medicamento ?Calcio gluconato Solución inyectable 10%, Ampolla x 10 mL.?, hasta el mes de junio de 2008, se compró a los mismos \$447 pesos, de la vigencia 2007 y a partir del mes de diciembre de 2008, se adquirió a \$380 y no a \$283 pesos.												
Auditoría Gerencial con enfoque Integral Modalidad Regul	EVALUACION DE PRESTUOS(8)	3.4.1.5 En la evaluación de la cuenta medicamentos e insumos hospitalarios, se examinó desde el punto de vista presupuestal, el contrato de suministro de medicamentos No. 097 del 28-08-2008, suscrito con PROCAPS S.A., por valor \$14.4 millones, cuyo objeto es el suministro de medicamento para la farmacia del hospital. Mediante remisiones o adelantos de mercancías, la ESE	Elaborar de manera oportuna los contratos de suministro de insumos y medicamentos. Establecer puntos de control que permitan verificar el saldo de los contratos	% de ejecución de los contratos	100%	Supervisores de los contratos	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	En el mes de junio se entrega resolución a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Resolución 0017 de 2010 por medio del cual se aprueba la actualización de procedimientos, se evidencia actualización de procedimiento Adquisición de Bienes y/o Servicios, no obstante lo anterior no se evidencia formato en donde se pueda establecer puntos de control para la verificación de saldos de los contratos	Esta observación es un hecho cumplido por lo tanto debió llevarse a otra instancia. En la presente vigencia no hay hechos cumplidos este hallazgo se cierra	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>que el medicamento furosemida solución inyectable 10mg/ml ampolla x 2ml?, cantidad 1.400, valor unitario \$258 pesos, valor total \$361.200 pesos, ingresó a la bodega de farmacia con el comprobante de ingreso No. 9155 del septiembre 5 de 2008, pero no se legalizó con este contrato, quedando por fuera la cancelación de esta factura, por cuanto los medicamentos recibidos previamente, cubrieron el valor total del contrato, \$14.4 millones. Esta factura fue cancelada con otro contrato del mismo contratista, PROCAPS con posterioridad. Lo anterior evidencia la falta de puntos de control y de procesos de planeación, para garantizar la oportunidad en el suministro de los medicamentos e insumos hospitalarios y darle cumplimiento efectivo al plan de compras, por lo que se transgrede el artículo 2º, literal h), de la Ley 87 de 1993. De otra parte, se evidenció que</p>																	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>en el comprobante de ingreso a farmacia y al almacén, se registran manualmente el número del contrato y la orden de pago, ya que el sistema de información SIGMA, no posibilita la opción de incluir estos dos conceptos. Análisis del Programa Anual de Caja De acuerdo al PAC ajustado al cierre de la vigencia fiscal de 2008, se determinó en primer lugar en el PAC de ingresos la entidad programó un PAC de ingresos por \$35.328 millones y al verificar los ingresos corrientes del período, estos se registraron por valor de \$31.936.9 millones, determinándose en tal sentido, un PAC no ejecutado por \$3.391.1 millones, que representa el 9.6%, frente al PAC de ingresos programado. Con relación al PAC de gastos, se programaron durante la vigencia, en un monto de \$36.974.6 millones, de los cuales se ejecutaron pagos en el transcurso de la vigencia por \$32.583.7 millones, lo que indica que la entidad no</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		ejecutó un PAC de gastos por \$4.390.9 millones. En el mes de marzo la entidad recibió ingresos corrientes por \$8.623.8 millones y estableció pagos en dicho mes, por \$2.658.3 millones, lo que le permitió contar con un saldo disponible del período de \$5.965.6 millones y un saldo neto de tesorería de \$5.825.3 millones, situación que le permitiría regular sus pagos en los siguientes periodos												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia	EVALUACION DE PRESUPERUESTO(8)	3.4.1.9 La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2008, registró un déficit presupuestal de \$6.456.1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$24.965 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$31.421.1 millones, lo que indica que al cierre del período, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2007, fue de \$4.357.9 millones, cifra que	Gestión Recaudo de Cartera, Contratación de Servicios, Gestión en revisión de tarifas y Gestión de costos	Gestiones realizadas	Variación Positiva	Dr. Carlos Eduardo Pineda, José Alberto Romero y Milcia des Vane gas Rozo	01/04/2010	31/12/2010	Trimestralmente	100	Del total de las 51 empresas identificadas para conciliar en la ciudad de Bogotá se realiza conciliación de cartera con 31 de ellas logrando un porcentaje de cumplimiento del 60,10 % aclarando que las entidades que quedan ubicadas fuera de Bogotá el proceso de conciliación esta como plan de mejoramiento hallazgo 3.4.3 de vigencia 2009. Se adjunta evidencia de las actas de conciliación.	Se continua con el déficit presupuestal , adicionalmente ha in violado el Decreto Distrital 195 de 2007 este hallazgo queda abierto	0	A

200 8	<p>representa un incremento del mismo en \$2.098.1 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que las medidas tomadas para reducir el déficit no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera del hospital requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo, de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. De lo anterior se deriva que el Hospital no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, anexo técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores.</p>														
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>UACI ON DE PRE SUP UEST O(8)</p>	<p>3.4.3.1 Las directrices impartidas para la elaboración, consolidación y presentación del Presupuesto Orientado a Resultados, las estableció la Secretaría de Hacienda de Bogotá, D.C. a las E.S.E.S, en los formatos ?Dirección de Sistemas e Informática Especificaciones caso de uso, Módulo de Programación: Carga Archivos Planos POR RQ1264-2007, Fecha de Creación: Julio de 2007 Ciudad: BOGOTA D. C.?, sin embargo, al revisar la información reportada en SIVICOF, en las cuentas mensuales y anual de la vigencia 2008, se observa que en el documento electrónico ?CBN- 1003 ? PRESUPUESTO ORIENTADO A RESULTADOS?, el hospital siempre remite lo siguiente??Las Secretarías de Hacienda Distrital y de Salud, no han definido los lineamientos para la aplicación del POR en los Hospitales del Distrito?, no obstante, este ente de control</p>	<p>Se gestionara ante la Dirección Distrital de Presupuesto de Bogotá, D.C. las acciones correspondientes para la expedición de los lineamientos necesarios para la aplicación del POR en el Hospital.</p>	<p>Gestiones realizadas</p>	<p>3</p>	<p>José Cermeno</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Mensual</p>	<p>100</p>	<p>La Secretaria de Hacienda Distrital no ha definido los lineamientos para la aplicación del POR en los hospitales del Distrito y por ende su envío a los diferentes entes de control. A pesar de esto el hospital san Blas ha venido remitiendo la información a la Secretaria Distrital de Salud correspondiente a la producción en forma trimestral, por lo que se deben tener encuentra los informes al mes de junio de 2010, que fueron remitidos en la cuenta de julio de 2010, se anexa corte a septiembre de 2010</p>	<p>Esta observación queda cerrada porque, ya no se evalúa POR.</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	-------------------------------------	---	--	-----------------------------	----------	---------------------	-------------------	-------------------	----------------	------------	--	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		solicitó información sobre el tema, con el oficio No. 100121-04 del 15-09-09, a lo que el hospital respondió??En la actualidad esta información se esta registrando en un aplicativo de la Secretaria de Hacienda Distrital donde se digitan los indicadores de objetivos y los indicadores de productos? .												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	EVALUACION AL CONTRATACION	3.5.2 Se encuentran 1641 registros de cuentas abiertas sin facturar en el sistema de información, correspondientes al periodo de junio de 2002 a noviembre de 2006 por un valor de \$147.789.087. La falta de expedición de la factura hizo inoperante el cobro a la entidad obligada al pago, por los servicios prestados por el hospital.	Seguimiento y control a la información generado por el sistema en cuanto a cuentas abiertas	Informes efectuados/ Informes programados	12	José Alberto Romero, Milcia des Vane gas, Yuli Albarracín	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	Mensualmente se solicito al área de sistemas el listado de cuentas abiertas se verifica el listado excluyendo los usuarios que se registran hospitalizados, después la coordinadora de facturación entrega listado a los facturadores de las cuentas q aparecen abiertas para su respectiva facturación y verificación	Se hace un seguimiento al sistema de cuentas abiertas. CERRADO.	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.6.1.1 Existen deficiencias en la planeación y gestión de los proyectos ante la Secretaría Distrital de Salud, evidenciadas en la falta de celeridad en los procesos de asignación presupuestal, viabilización, gestión administrativa y contratación de los mismos. Al revisar los componentes Estructurantes de Inversión de los del Proyecto de Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud en los dos planes de desarrollo ejecutados durante la vigencia fiscal de 2008; se observa en términos generales, que no se registró en la programación de los recursos presupuestales observado en el proyecto Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud ?Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria- ; si se tiene en cuenta por un lado, que en el registro de la Ficha EBI se</p>	<p>Coordinar y gestionar de manera oportuna los proyectos de inversión y las asignaciones presupuestales.</p>	<p>No. De gestiones realizadas / No. de gestiones programadas * 100</p>	<p>100%</p>	<p>José Cermeno</p>	<p>01/04/2009</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>'Mediante radicado 8535 del 22 de octubre de 2010 se expide el certificado de viabilidad y concepto técnico al proyecto reposición y adquisición de equipos biomédicos por un total de \$5,000 millones en donde el hospital coofinancia \$300 millones, adicionalmente con el oficio 208 del GFPS de noviembre 10 de 2010 se solicita la contratación de la torres de gastroenterología y ecógrafo; en cuanto al proyecto Fortalecimiento de la política de participación social y servicio al ciudadano, el hospital consiguió la viabilización de dicho proyecto radicado con el oficio 9009 de noviembre 10 de 2010 en el cual se recibe el concepto de viabilidad por parte de la SDS. Se adjunta copia oficio 232 de diciembre 13 de 2010 al Director de Planeación y sistemas de la SDS en donde se informa de los ajustes al proyecto Hardware del Hospital a ser ejecutados con recursos del hospital</p>	<p>Los proyectos de inversión no son gestionados de manera oportuna, lo que representa que sean aprobados por la SDS en el mes de noviembre dejando para un solo mes la ejecución contractual de dichos proyectos. ABIERTA</p>	<p>1</p>	<p>A</p>
---	--	--	---	---	-------------	---------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	<p>proyectaron unos costos estimados por valor de \$2.124,4 millones, para el periodo 2005-2007, dejando en consecuencia desfinanciada la programación de recursos para la vigencia fiscal de 2008, no obstante que el Hospital dentro de los propósitos del Plan Maestro de Equipamiento de Salud, se encuentra programado para la realización de actividades relacionadas con el tipo de intervención de reordenamiento-reforzamiento y ampliación dentro del periodo de mediano plazo 2008-2012. Lo anterior deja entrever el incumplimiento a la ley 87 de 1993, en su artículo 4, numeral 6, dada las consecuencias de financiar de manera oportuna los proyectos vitales de la organización.</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.6.1.2 El resultado presentado en los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, permiten observar que la gestión en la producción hospitalaria no es la más óptima, donde se evidencian una serie de inconvenientes asociados con la negación de las autorizaciones por parte de las EPS, no se evidencia claramente como esta soportada la capacidad de la infraestructura médica para la prestación de los servicios de acuerdo a un portafolio de servicios que se oferta para cada vigencia. De igual forma si el recurso humano medico es afín a las necesidades del hospital y de igual forma no se evidencia que exista una política agresiva de mercadeo en la contratación con otras EPS que permitan mejorar los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, lo cual pone en evidente riesgo el de mantener un grado de sostenibilidad financiera de la ESE sin</p>	<p>Elaboración del Plan de Producción Institucional - Elaboración de un Plan de Mercadeo</p>	<p>Planes Elaborados</p>	<p>2 planes elaborados</p>	<p>José Cermeno</p>	<p>01/04/2009</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se entrega plan de mercadeo con radicado a gerencia 9596 de diciembre 2 el cual contiene indicadores de producción hospitalaria a 2009 de acuerdo con la capacidad de la infraestructura médica para la prestación de los servicios de acuerdo al portafolio, se incluye estudio de población, análisis de la demanda y oferta de los servicios del hospital, este plan sustentado con la matriz de contratación a noviembre 30 de 2010 como también propuesta enviada a la secretaria de Salud de redistribución de camas de medicina interna y ginecología.</p>	<p>La meta para este hallazgo es de dos planes anuales, sin embargo solo se realizo un plan de mercadeo, aunado a lo anterior no se evidencia seguimiento, control y evaluación a dicho plan de mercadeo. ABIERTA</p>	<p>1</p>	<p>A</p>
---	--	---	--	--------------------------	----------------------------	---------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		afectar los resultados de la rentabilidad social que debe garantizar toda IPS pública. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.3 Una vez analizados los indicadores de producción hospitalaria, se observa en términos generales que sus resultados no son los más óptimos en cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional, al igual que de las metas determinadas en el Plan Operativo o de Acción de la ESE, con lo cual se colige que las estrategias implementadas no han surtido las acciones efectivas que permitan mostrar resultados en cuanto a la ampliación de los servicios de atención y cobertura a la población objeto de los contratos que celebra el hospital, tanto con la Secretaría Distrital de Salud-FFDS como con las EPS del Régimen Subsidiado,	Mejorar la utilización de la capacidad instalada global por encima del 70%- Incrementar acciones de mercadeo	Análisis de utilización capacidad instalada mensual / Total capacidad instalada	Capacidad instalada global utilizada por encima del 70%	José Cermeno - Mauricio Tribin	01/01/2010	31/12/2010	Trimestral	100	Durante el último trimestre la capacidad instalada del hospital fue de 73,71% reporte emitido por Mauricio José Tribin Subgerente de Servicios Salud.	De acuerdo a la acción se dio cumplimiento o teniendo en cuenta que para las vigencias 2010 y 2011 la capacidad instalada del hospital fue superior al 70%, de acuerdo al cuadro comparativo aportado por el área de planeación. CERRADA.	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		para atender a la población pobre y vulnerable y aquella población afiliada al régimen subsidiado. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.4 En el informe del Plan Indicativo de Gestión en el Eje Social del Plan de Desarrollo durante el primer semestre de la vigencia 2008, estableció como objetivo el ?garantizar el acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, ??, mediante la implementación de la estrategia de aumentar los niveles de productividad en los servicios de salud, para lo cual determinó como una de sus metas incrementar en un 8% los servicios Hospitalarios hasta logra la optimización de la capacidad instalada institucional. Sin embargo, al revisar los indicadores de producción hospitalaria se observa que sus niveles de crecimiento fueron negativos	Incrementar la producción hospitalaria en un 2%, gestionar la contratación con EPS.	Número de contratos para la prestación de servicios de salud - Incremento de la producción	Mínimo 2 contratos-Aumentar 2% de la producción global	Carlos E. Pineda, José Cermeno-Mauricio Tribin - Martín Rodríguez	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	Comparando primer semestre de 2009 contra primer semestre de 2010 se observa un incremento de 11% en actividades resolutivas y de apoyo diagnóstico.' A septiembre de 2010se observa un incremento del 2% en actividades resolutivas respecto al 2009 cumpliendo con la meta del plan de desarrollo institucional.' A septiembre de 2010se observa un incremento del 2% en actividades resolutivas respecto al 2009 cumpliendo con la meta del plan de desarrollo institucional. Se adjunta cuadro comparativo actividades resolutivas incremento del 2009 al 2010 del 2,54% y apoyo diagnóstico 0,86%	una vez realizado el seguimiento al avance se puede evidenciar que para la vigencia 2010 se cumplió con la meta de incremento en la producción en un 2% en comparación con la vigencia fiscal 2009, sin embargo, para el año 2011 la producción disminuyó en razón a los factores del mercado. CERRADA.	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		denotando por ende que la gestión fue negativa en este sentido. Por lo tanto, se estaría incumpliendo con la meta de incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30%. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.5 La ESE se propuso en el informe del 'Plan Indicativo de Gestión?', como una de sus metas institucionales 'Incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30% del total facturado por la prestación de servicios de salud?', de acuerdo al objetivo de 'Fortalecer la gestión institucional en sus componentes estratégico, financiero, administrativo y de talento humano para que se constituya en la base fundamental para la gestión?,'	Se gestionara por parte de la Gerencia con EPS-S y con otras EPS con el fin de alcanzar la meta propuesta.	(Facturación otros Pagadores Vig.Actual/Facturación Vigencia Anterior)*100	Variación Positiva	Carlos E. Pineda y José Cermeno	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	En la facturación del cuarto trimestre del 2010 y realizando la comparación del 2009 al 2010 en empresas diferentes al FFDS aumento un 19,6%. La facturación del cuarto trimestre de la vigencia 2010 disminuyo en un 11% con respecto al 2009, La disminución de la facturación del FFDS ocurrió por la ampliación de la cobertura del Régimen subsidiado según los acuerdos de 2008 y 011 de 2010; el incremento de la facturación de pagadores de diferentes al FFDS puede presentarse por lo anteriormente y por las estrategias de mercadeo implementados por la administración.	Se evidencian las gestiones adelantadas por el Hospital en lo referente a acciones correctivas frente al proceso de facturación y glosas. CERRADA.	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		observándose en consecuencia una débil gestión en la estrategia de optimizar la gestión de la planeación financiera que permita la sostenibilidad de la institución. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.6 Al revisar el sistema de costeo implementado por el Hospital en cada uno de los centros de costos determinados por Unidades Funcionales, se observa en términos generales que durante la vigencia fiscal de 2008, se determino una estructura de costos por valor de \$30.639,2 millones, donde se observa que de las 22 Unidades Funcionales establecidas como centros de costos por el hospital, en siete de dichas unidades funcionales se concentra el 60% de los costos prorrateados en los diversos conceptos de gasto tanto operacionales como administrativos; observándose en	Gestionar la adquisición de un aplicativo que contenga el sistema de contabilidad de costos, articulando el actual sistema de Costos del Hospital para dar cumplimiento a la Resolución de la Secretaría de Hacienda No 0005 de 19 de Octubre de 2009, para implementa	Gestiones realizadas	2	José Alberto Romero, José Cermeno y Milcides Venegas	01/04/2010	31/03/2011	Trimestral	100	'En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010). No instante lo anterior se adjunta análisis comparativo de costos de primer, segundo y tercer trimestre de 2010 dirigido a Wladimir Estrada Moncayo Director Financiero de SDS 403 GFPS- 217- 2010	Revisadas las evidencias se vislumbro que el Hospital realizó las gestiones pertinentes para la adquisición del software, logrando la viabilización del proyecto por parte de la SDS en el mes de diciembre del año 2011, suscribiendo se el contrato 1189 de 2011, contrato que	2	C

		consecuencia, deficiencias en el proceso establecido en el objetivo del Plan Estratégico, relacionado en buscar la rentabilidad financiera con el desarrollo de un sistema de costeo por producto. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	r el sistema de contabilidad de costos del Distrito Capital donde se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimiento y términos para la entrega de la información .									debió ser terminado por mutuo acuerdo incurriendo en un gasto para el Hospital por valor de \$3.870.815, toda vez que no se contaba con el presupuesto para su pago, en consecuencia se cumplió con la acción que era la gestión de un aplicativo. CERRADA.		
Auditoría Gerencial con enfoque integral	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.7 De acuerdo a los Convenios Interadministrativos celebrado entre la Secretaria Distrital de Integración Social y el Hospital de San Blas, durante las vigencias 2007 y 2008, cuyo objeto es la ejecución de alternativas orientadas a la atención integral de personas con problemática	Mercadear y gestionar la contratación de nuevos usuarios hasta la capacidad instalada de tal manera que se garantice el	Cupos contratados/ numero de cupos disponibles*100	70%	Carlos E. Pineda	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	Se adjunta certificación firmada por Consuela Azar Sosa informando que a 31 de diciembre de 2010 en el centro de atención Despertar se encontraban 79 usuarios (79%)	Se revisó certificación emitida por la psicóloga y coordinadora del centro CAD Despertar, del 06 de enero de 2011, contra cuadro de	2	C

<p>Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>asociada al consumo de sustancias psicoactivas; se observa que la operación, ejecución y administración del Centro Despertar durante la vigencia 2008, funcionó con un margen de rentabilidad negativo de \$1.615 millones, teniendo en cuenta que se establecieron unos costos por \$2.098,0 millones, que comprendían mano de obra, gastos generales, gastos administrativos y logísticos.</p>	<p>equilibrio financiero.</p>														<p>comparación emitido por planeación e información reportada en el PDI en SIVICOF, en donde efectivamente se compara que la capacidad instalada en el centro despertar sobre pasa el 70% en las vigencias 2010 y 2011. CERRADA.</p>		
--	---	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008</p>	<p>3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social</p>	<p>3.6.1.8 Al confrontar la información suministrada por el área de Planeación y Sistemas referente al consolidado de la producción hospitalaria frente a la información que genera el Sistema SIGMA en el modulo de información gerencial, se observa que en el consolidado de producción hospitalaria por concepto de Egresos en el servicio de Gineco-Obstetricia se reporta para la vigencia 2008, un total de 3.576 Egresos, mientras que en el Modulo de Información gerencial del SIGMA se registra un total 3.714 egresos, siendo por lo tanto inconsistente la información generada en el SIGMA frente a la reportada por el área de Planeación y Estadísticas. Lo cual podría ocasionar, el suministrar información no confiable para la toma de decisiones por parte de la Alta Gerencia y para el efectivo seguimiento y control de las acciones del Hospital. Lo cual permite establecer el incumplimiento a lo</p>	<p>Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.</p>	<p>Gestiones realizadas</p>	<p>2</p>	<p>Carlos Eduardo Pineda - José Cermeno-</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/03/2011</p>	<p>Semestral</p>	<p>100</p>	<p>Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus.' En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)</p>	<p>Revisadas las evidencias se vislumbro que el Hospital realizó las gestiones pertinentes para la adquisición del software, logrando la viabilización del proyecto por parte de la SDS en el mes de diciembre del año 2011, suscribiendo se el contrato 1189 de 2011, contrato que debió ser terminado por mutuo acuerdo incurriendo en un gasto para el Hospital por valor de \$3.870.815, toda vez que no se</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	--	--	---	-----------------------------	----------	--	-------------------	-------------------	------------------	------------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ia 200 8		dichos recursos para efectos de medir el impacto de la política pública desde el contexto de la inversión social per cápita realizada con éstos recursos que se celebran en los diversos convenios interadministrativos básicamente con el Fondo de Desarrollo Local, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud.									objeto, instrumentos operativos, no se establece presupuesto ni actividades a desarrollar y los resultados obtenidos no obedecen a una planeación previa, ni efectiva frente a la problemática planteada. ABIERTA			
Au dito ria Gu ber na me ntal con Enf oqu e Inte gral Mo dali dad Re gul ar	EVAL UACI ÓN GES CIÓN AMBI ENTAL INSTI TUCI ONA LA NIVE L INTE RNO	3.7.1 El hospital reportó en el SIVICOF la capacitación durante el 2008 a 340 personas en temas de medio ambiente y el cumplimiento del 100% de la meta establecida, de la capacitación a la totalidad del personal vinculado al hospital. Verificada la información, se constató que: a) Se capacitaron en medio ambiente 312 personas; b) La meta establecida se cumplió en un 52% porque la capacitación debió	Programar las capacitaciones sobre gestión ambiental al 48% del personal vinculado al Hospital.	No. Personas Capacitadas/ No. Personas pendientes por capacitar * 100	100%	José Alberto Rome ro y Adria na Patric ia Rincón	01/04/ 2010	31/12/20 10	Trimestral	100	'Según evidencias adjuntas a junio 30 de 2010 se han capacitado a 413 PERSONAS. 'Se capacitaron 168 entre contratistas y funcionarios (tercer trimestre), durante el cuarto trimestre se capacitaron 142 personas	Se verifico la capacitación a funcionarios de planta y contratistas. El hallazgo se cierra	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Vigencia 2008		realizarse a 600 personas vinculadas al hospital (de planta y contratistas) para el 2008. Por lo tanto se concluye, que no se cumplió con lo establecido en el acta de concertación del PIGA del 27 de octubre de 2006, en desmedro a la gestión para el mejoramiento del medio ambiente en la entidad, incumpliendo lo establecido en los literales d) y e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.												
Auditoría Gubernamental con Enfóque Integral Modalidad Regular Vigencia	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.1 En el consolidado de peticiones reportado por el hospital en SIVICOF y los documentos soportes de las peticiones, se evidenció la carencia de respuesta oportuna y eficiente a los requerimientos interpuestos, tal como ocurrió con la queja 83 recibida el 1 de febrero de 2008 con respuesta de abril 21 de 2008 como lo establece el artículo 55 de la Ley 190 de 1995, los artículos 23, 35 y 48 de la Ley 734 de 2002, Ley 962 de 2005 y lo estipulado en los	Socializar a todos los funcionarios del hospital los plazos que determina la ley para la respuesta oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias que presentan los usuarios del hospital, a través de	Socializaciónes realizadas/ socializaciónes programadas *100	100%	Mauricio González - Martín Alfonso Rodríguez	01/01/2010	31/12/2010	Trimestral	100	En la actualidad el área de atención al usuario viene dando aplicación a los tiempos establecidos en el código contencioso administrativo y a la circular 018 de la Alcaldía Mayor de Bogotá a los requerimientos de peticiones en interés general, interés particular, derechos de petición de informaciones, derecho de formulación de consultas y proposiciones de acuerdo al oficio remitido desde el área jurídica bajo número 402+ GFJ 320. 'Oficio No.0402-GJJ-270 para las Subgerencia Administrativa Y Financiera, Subgerencia Servicios de Salud; Planeación y Talento Humano, Referencia Precisiones Sobre El Derecho de Petición.	Se socializó el procedimiento de respuesta a los funcionarios	2	C

2008		literales e) y g) Artículo 2º del la Ley 87 de 1993.	medios escritos como circular de la Gerencia y escrito anexo inserto a cada solicitud de respuesta de las solicitudes de la comunidad.											
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.2 Se constató que existe falta de mantenimiento en algunas áreas del hospital evidente en el deterioro de camillas en el área de urgencias, sillas en la sala de espera de consulta externa, deterioro de los baños en urgencias y consulta externa y se verificó que una puerta de uno de los baños de mujeres en consulta externa se encontraba en el piso, en incumplimiento a las condiciones básicas de habilitación, previstas en la Resolución 1043 de 2006 expedida por el Ministerio de Protección Social.	Establecer y dar cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario	No mantenimientos realizados/ No manteniendo programados *100	100%	José Alberto Romero, Gerardo Vera y Claudio Rodríguez	01/01/2010	31/12/2010	Mensual	100	En la vigencia del 2010 el área de mantenimiento ha estado ejecutando reparaciones y mantenimiento locativo teniendo en cuenta al cronograma, la SDS realizado visita a los servicios del hospital para verificar la respectiva habilitación de los servicios. 'Se habilita los servicios del hospital y se da cumplimiento al plan de mantenimiento.	se gestiono que del mantenimiento de los baños se de oportunamente y supervisado por el contratista y el hospital	1,7	C

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2007</p>	<p>Cartera (3)</p>	<p>2.2.1 (PM - 2007) Se evidenció la implementación de un formato de gestión de cobro vía telefónica diligenciado por el responsable de la actividad y se cursó solicitud de pago, por parte de la Gerencia del Hospital, a las distintas entidades por prestación del servicio de salud. La administración no ha realizado cobros jurídicos ni otras acciones que contemple la resolución.</p>	<p>Dar cumplimiento a la Resolución 043 de 2007 realizando el cobro persuasivo y el cobro coactivo</p>	<p>Cumplimiento Resolución 043 de 2007</p>	<p>50%</p>	<p>José Alberto Romero, Milcia des Vane gas y Mauricio González</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Durante el primer semestre se realizo cobro persuasivo se realizo circularización de cartera, se adjunta evidencias. 'Durante el tercer trimestre se realizo cobro persuasivo se realizo circularización de cartera mediante primer y segundo aviso de cobro prejudicial, se realizan conciliaciones de cartera identificando saldos libres de pago con los cuales se inicia gestión de cobro efectivo. 'Se hacen notificaciones de cobro persuasivo a todas las entidades deudoras, se hace seguimiento a mesas de trabajo realizada con el FFDS obteniendo el pago de estos acuerdos. Se notifican los entes territoriales ante la Supersalud para inicio de conciliaciones y pago, se realiza gestión de cobro con entidades territoriales de acuerdo a la resolución 3797 de 2010, se realizan notificación a oficina jurídica para cobro coactiva de las entidades saludcondor, mutual ser, convida, clínica cardiovascular de Soacha</p>	<p>Se han realizados cobros persuasivos. Este hallazgo se cierra</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	--------------------	---	--	--	------------	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	--	-------------------	-----------------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2007</p>	<p>Cartera (4)</p>	<p>2.2.2. (PM - 2007) Se evidenció la implementación de un formato de gestión de cobro para las letras de cambio vía telefónica diligenciado por el responsable de la actividad y se cursó solicitud de pago, por parte de la Gerencia del Hospital, a las distintas entidades por prestación del servicio de salud. La administración no ha realizado cobros jurídicos ni otras acciones que contemple la resolución.</p>	<p>Dar cumplimiento a la Resolución 043 de 2007 realizando el cobro persuasivo y el cobro coactivo</p>	<p>Cumplimiento Resolución 043 de 2007</p>	<p>50%</p>	<p>José Alberto Romero, Milcia des Vane gas y Mauricio González</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>Se gestiona cobro de letras de los periodos 2006 al 2009 con el FFDS se realizan notificación de cobro prejuridico a 237 títulos valores Se presenta a Comité de Sostenibilidad Contable la suma de \$810 millones para depuración contable de los cuales se avanza en la presentación de \$235 millones correspondientes a 291 fichas de depuración contable. Se realiza gestión telefónica sobre la totalidad de las letras de cambio. Se realiza notificación a la oficina jurídica para el cobro coactivo por la vía civil ordinaria por 18 títulos valores según oficio 1910. En el mes de diciembre el FDS hace pago de letras de cambio por \$401, 889,735 millones los cuales son legalizados de estados de cartera y estados contables con cargo al contrato 475/07 de atención de población vinculada; mediante resolución interna 319 expedida el 28 de diciembre de 2010 se autoriza por parte de la gerencia la depuración contable por valor \$235, 402,013 los cuales fueron ajustados contablemente. Se gestiona cobro de letras de los periodos 2006 al 2009 con el FFDS se realizan notificación de cobro prejuridico a 237 títulos valores Se presenta a Comité de Sostenibilidad Contable la suma de \$810 millones para depuración contable de los cuales se avanza en la presentación de \$235 millones</p>	<p>Se han realizados cobros persuasivos. Este hallazgo se cierra</p>	<p>1.7</p>	<p>C</p>
---	--------------------	--	--	--	------------	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	--	------------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

											correspondientes a 291 fichas de depuración contable. Se realiza gestión telefónica sobre la totalidad de las letras de cambio. Se realiza notificación a la oficina jurídica para el cobro coactivo por la vía civil ordinaria por 18 títulos valores según oficio 1910. En el mes de diciembre el FDS hace pago de letras de cambio por \$401 millones los cuales son legalizados de estados de cartera y estados contables con cargo al contrato 475/07 de atención de población vinculada; mediante resolución interna 319 expedida el 28 de diciembre de 2010 se autoriza por parte de la gerencia la depuración contable por valor \$235, 402,013 los cuales fueron ajustados contablemente.			
Auditoría Gerencial con Enfoque Integral Modalidad Especial	Contratación (14)	2.3.6. (PM - 2007) Supervisión de Contratos. 4.5.6. (PM - 2004) De conformidad con la Resolución 0026 (sic) del 25 de agosto/03 y en relación con las funciones que deben cumplir los servidores públicos designados como supervisores o interventores de los tres contratos antes descritos, se pudo establecer que no se dio cumplimiento al art. 1, numeral 11 de la norma en cita en cuanto no se hicieron	Solicitar a los supervisores los informes correspondientes a la ejecución del contrato según lo pactado contractualmente	Supervisión de Contratos: No. de contratos con informes de supervisión con sujeción a lo pactado / No. de contratos suscritos * 100	70% de los contratos deberán contar con informes del supervisor según lo pactado contractualmente	Mauricio González	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	La oficina jurídica en la designación de cada uno de los supervisores les indica que deben dar cumplimiento a la resolución 206 de 2003 en cuanto a sus funciones como supervisor y que son informes deben ser presentados durante los 5 primeros días de cada mes. Igualmente mediante oficio 402 GFJ-009 del 22 de enero de 2010 el área jurídica recordó las obligaciones de los supervisores en el seguimiento en la ejecución contractual, igualmente durante la vigencia del 2010 cada vez que se asignaba las funciones de supervisión recordaba el cabal cumplimiento a la resolución	A pesar de realizar los informes de interventora, no están acorde a lo reglamentado en la Resolución 0206 de 2003, manual de interventora . ABIERTA.	1	A

Vigencia 2007 y Primer Semestre de 2008 y Auditoría 2004		los informes periódicos sobre el desarrollo de la ejecución de estos contratos.			e.									
Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2006	CONTROL INTERNO	3.2.2.2 (PM - 2006) La edificación donde funciono el hospital no dispone de rampas ni puertas de evacuación en caso de emergencia, Además por antigüedad de infraestructura, no cuenta con un istema de deteccion de humo en caso de incendio. Adicionalmente, en la vigencia 2006 se realiza un análisis de vulnerabilidad de la edificación por la ARP Bolívar, HSAM BIOINGENIEROS LTDA, según oficio 321 GFTH - 250 de agosto de 2006, donde menciona fallas en el mantenimiento de l a	Gestionar la adecuación de rampas de evacuación , sistema detección de humos y sistemas de roseadores automáticos.	Gestiones realizadas	2	Carlos E. Pineda y José Cermeno	01/04/2010	31/12/2010	Semestral	100	La secretaria Distrital de Salud verifica que el hospital cumple los requisitos de habilitación según consta el certificado adjunto	Actualmente se encuentran con rampas de acceso. Se cierra el hallazgo	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		entrada entre otras. Lo anterior incumple la resolución 1043 de 2006 por lo cual se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de calidad de la atención y se dictan otras disposiciones como también los literales a y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. Persisten estas observaciones en el Hospital												
Auditoria Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2006	ESTADOS CONTABLES (1)	3.3.3. (PM - 2006) El área de Cartera circulariza a los diferentes pagadores los saldos pendientes, procediendo a realizar las respectivas conciliaciones. Sin embargo, a pesar de la labor realizada, quedaron pendientes de conciliar a 31 de diciembre de 2008 entre otros, Colsubsidio, saldo conciliado a 22 de oct. De 2008, Famisanar a Feb. 28 de 2008, FFDS a Jun. 30 de 2008.	Realizar conciliaciones de los saldos pendientes con cada uno de los pagadores	(Total Empresas Conciliadas/Total Empresas por Conciliar)* 100	60%	José Alberto Romero, Milcides Vane gas, Veronica Hernández y Javier Torres	01/04/2010	31/12/2010	Trimestral	100	Del total de las 51 empresas identificadas para conciliar en la ciudad de Bogotá se realiza conciliación de cartera con 31 de ellas logrando un porcentaje de cumplimiento del 60,10 % aclarando que las entidades que quedan ubicadas fuera de Bogotá el proceso de conciliación esta como plan de mejoramiento hallazgo 3.4.3 de vigencia 2009. Se adjunta evidencia de las actas de conciliación.	A pesar que no concilian el total de la cartera. Por el porcentaje alcanzado se cierra	1.7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2006</p>	<p>ESTADOS CONTABLES (2)</p>	<p>3.3.4.(PM - 2006) A 4 de julio de 2006, según informe de saneamiento contable enviado a la SHD, depuró la suma de (\$821,4 millones) por concepto de letras y pagarés de 2003 a 2005, en cumplimiento de la ley 716 de 2001, y demás normas de saneamiento contable. Revisadas las actas de sostenibilidad contable de 2008, se observó que se adelantó actividades de análisis, consultas jurídicas, clasificación por cuantías, cobro persuasivo y coactivo (en el caso de letras por funcionarios); sin embargo, no se presentaron cifras para depurar saldos por dicho concepto.</p>	<p>Presentar letras para depuración de saldos, sometimiento al Comité de Sostenibilidad Contable</p>	<p>(Valor de letras depuradas/Valor total letras a depurar) * 100</p>	<p>Presentar valores de letras para depuración de saldos</p>	<p>José Alberto Romero, Milcides Vane gas, Verónica Hernández y Javier Torres</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>'En el Comité No. 31 se realiza aprobación para la depuración contable correspondiente a 290 fichas por valor de \$235 millones una vez se verifica que se cumple con todos los requisitos descritos en la Circular Externa No. 001 de 2009 emitida por el Contador General de Bogotá. Se realiza gestión con las letras de cambio de funcionarios sobre las cuales se realizó circularización de cobro prejurídico, acuerdos de pago y pago de la obligación, se anexan los soportes. Se anexa resolución 319 de 2010 mediante la cual el gerente autoriza la depuración contable por valor de \$235,402,013</p>	<p>Si han hecho depuración contable. Este hallazgo se cierra.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	------------------------------	---	--	---	--	---	-------------------	-------------------	-------------------	------------	--	---	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2004</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>4.2.21 (PM-2004) Se encuentra pendiente por implementar el módulo de costos, los cuales se distribuyen de manera manual. Aunque se han desarrollado utilitarios para facilitar el cruce contable entre las áreas, aún se presentan debilidades para obtener reportes soportes de las interfaces contables, los cuales tiene que convertirse en archivos planos para su manejo y desgaste administrativo en el manejo de los mismos. La entidad no ha implementado el módulo de costos.</p>	<p>Gestionar la adquisición de un aplicativo que contenga el sistema de contabilidad de costos, articulando el actual sistema de Costos del Hospital para dar cumplimiento a la Resolución de la Secretaría de Hacienda No 0005 de 19 de Octubre de 2009, para implementar el sistema de contabilidad de costos del Distrito Capital donde se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte,</p>	<p>Gestiones realizadas</p>	<p>2</p>	<p>José Alberto Romero, José Cermeno y Milcides Vane gas</p>	<p>01/04/2010</p>	<p>31/03/2011</p>	<p>Trimestral</p>	<p>100</p>	<p>En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)</p>	<p>Se gestiono la adquisición del aplicativo, pero la adquisición depende del V.B. de SDS, se debe actualizar esta observación en el nuevo plan de mejoramiento y plantear acciones que el Hospital pueda cumplir</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	------------------------	---	--	-----------------------------	----------	--	-------------------	-------------------	-------------------	------------	---	---	------------	----------

			procedimiento y términos para la entrega de la información .											
Auditoría Gubernamental con enfoque integral Vigencia 2004	CONTROL INTERNO	4.2.25 (PM - 2004) En el área de farmacia se presenta dificultades con el sistema sigma, algunas veces se bloquean por situaciones que los funcionarios desconocen, el sistema se congestiona, la impresión que debe hacerse en otra dependencia se demora aproximadamente media hora. Continúan las dificultades con el sistema Sigma	Gestionar la adquisición de un aplicativo que permita mejorar el cargue de la información para la facturación.	Gestiones realizadas	2	Carlos E. Pineda y José Cermeno	01/04/2010	31/03/2011	Semestral	100	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus. 'En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el	Se gestionó la adquisición del aplicativo, pero la adquisición depende del V.B. de SDS, se debe actualizar esta observación en el nuevo plan de mejoramiento y plantear acciones que el Hospital pueda	1,7	C

											proyecto de hardware en caminado a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)	cumplir		
Auditoría Gerencial con enfoque integral Vigencia 2004	PRE SUPUESTO	4.4.10 (PM - 2004) Mediante Circular No 066 del 25 de junio de 1995, la Secretaría Distrital de Salud, dispuso que son las Juntas Directivas de las ESE, las Entidades competentes para reconocer y pagar las primas técnicas al nivel asesor. El Hospital San Blas II nivel de atención ESE, mediante Resolución No 000199 de fecha 22 de agosto de 2003, reglamentó el reconocimiento y pago de prima técnica a nivel asesor, sin existir acuerdo previo por parte de la junta directiva para dicho reconocimiento tal y como lo estipula la	Gestionar ante la junta directiva la aprobación mediante acuerdo de la Junta Directiva.	Gestiones realizadas	1	Carlos E. Pineda y Laura Acevedo	01/04/2010	31/03/2011	Trimestral	100	Concepto de la Secretaria General del Distrito y Solicitud de viabilidad presupuestal a la Secretaria Distrital de Hacienda. 'Esta Gerencia presento ante la Junta Directiva la solicitud, manifestando la junta la necesidad del concepto de la Secretaria General del Distrito en el cual la secretaria que es la junta quien la autoriza, no obstante lo anterior la junta solicita viabilidad ante la Secretaria de Hacienda (oficio radicado 2-2009-54871, oficio de fecha 10 de diciembre de 2009). Se adjunta	Se verificaron los soportes por lo tanto el hallazgo se cierra.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	norma arriba descrita, lo anterior significa que fue la Gerente del hospital la persona que reconoció el pago de prima técnica a nivel asesor y no la Junta Directiva como era lo debido, contraviniendo lo normado en la circular No 066 de 1995, emanada de la SDS												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--