



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

HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE ATENCIÓN ESE

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2010
CICLO: I**

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

MAYO DE 2010

**AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE ATENCIÓN
E.S.E**

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Directora Sectorial	Bleidy del Carmen Pérez Ballestas
Subdirector Fiscalización Salud	Juan Guillermo Plata Plata
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoría	José Benito Infante Quevedo - Líder Jorge William Camargo Rodríguez María del Pilar Serrano Vargas Myriam Jael Suam Guauque Carlos Eduardo Chacón Romero Magda Guevara Poveda Hugo Barrera Patiño Roberto Jiménez Rodríguez



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CONTENIDO		Pág.
1.	DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2009	5
2.	ANÁLISIS SECTORIAL	12
3.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	26
3.1.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	26
3.2.	Evaluación Sistema de Control Interno	27
3.2.1.	Evaluación Transparencia de los procesos	38
3.2.2.	Nivel de Implementación Norma de Calidad NTCGP 1000:2004	38
3.3.	Evaluación Estados Contables	41
3.3	Evaluación Control Interno Contable	51
3.4.	Evaluación al Presupuesto	54
3.5.	Evaluación a la Contratación	70
3.6.	Evaluación Plan de Desarrollo y Balance Social	86
3.6.1.	Evaluación Plan de Desarrollo	86
3.6.2.	Evaluación Balance Social	91
3.6.3	Evaluación Plan de Ordenamiento territorial (POT)	96
3.7.	Evaluación de la Gestión Ambiental	102
3.8.	Evaluación Acciones Ciudadanas	110
3.8.1	Respuesta DPC (aquellos que se remitieron para insumo proceso auditor)	115
3.8.2	Impacto Acciones ciudadanas en el proceso auditor	116
3.9.	Seguimiento Cumplimiento Compromiso Ético	117
3.10.	Seguimiento Controles de Advertencia y Pronunciamientos	118
3.11.	Concepto sobre Rendición de Cuenta	118
		122
4.	Anexos	
4.1.	Hallazgos detectados y comunicados	123
4.3.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	124



1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Doctor:

JUAN RICARDO ORTEGA LOPEZ

Presidente Junta Directiva

CARLOS HERNANDO LIZCANO BENITEZ

Gerente

Hospital Meissen II Nivel de Atención - E.S.E.

Ciudad

Apreciados Doctores:

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 al Hospital Meissen a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2009 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009; cifras que fueron comparadas con las de la vigencia 2008, se comprobó que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, se realizó la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación al Sistema de Control Interno.

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

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

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

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

<i>Variables</i>	<i>Ponderación</i>	<i>Calificación</i>
1. Plan de Desarrollo y/o Plan Estratégico y Balance Social	35	25,06
2. Contratación	20	13,46
3. Presupuesto	15	10,60
4. Gestión Ambiental	10	7,73
5. Sistema de Control Interno	10	7,73
6. Transparencia	10	7,73
SUMATORIA TOTAL	100	72,3

Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2009, es FAVORABLE CON OBSERVACIONES.

La evaluación al Sistema de Control Interno se realizó con base en la implementación de MECI y cumplimiento a la norma NTCGP 1000:2004, de acuerdo con la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública. Como resultado se obtuvo una calificación de 3,9 que corresponde a un grado de cumplimiento aceptable, rango bueno y un nivel de riesgo bajo (3.76 a 5).

Efectuado el seguimiento al plan de mejoramiento del Hospital Meissen II Nivel, se determinó un grado de cumplimiento del 83.67% siendo parcial el cumplimiento de las acciones correctivas contenidas en el mismo, de acuerdo a la metodología establecida en la Resolución 029 de 2009 emanada de la Contraloría de Bogotá D.C.

Es importante resaltar que las acciones de mejora propuestas para solucionar las observaciones relacionadas con la legalización de propiedad del terreno, no se cumplieron, pero por ser una actividad exógena al hospital la observación se deja pendiente para su seguimiento, teniendo en cuenta que actualmente se está construyendo la nueva sede del Hospital sobre este terreno.

Sobre las observaciones relacionadas con las deficiencias en el sistema de información, se indica que no se cumplió con la actividad de mejora propuesta, los hallazgos se dejan pendientes para su seguimiento, a fin de verificar la eficiencia en el manejo de los recursos y efectividad del nuevo sistema, de acuerdo a la utilidad resultante entre la inversión realizada con el anterior sistema y el nuevo software.

Las políticas, objetivos y metas de los proyectos por parte de la entidad durante la vigencia 2009, con base a la evaluación de los soportes inherentes a las actividades realizadas en el desarrollo de cada uno de estos, se concluye que el hospital dio cumplimiento en términos de eficacia a lo programado.

Así mismo la eficiencia en la administración de los recursos en el aspecto misional del Hospital para cada una de las políticas, objetivos y proyectos permite observar que la ejecución de los mismos respecto de los resultados obtenidos ha sido buena. Es importante precisar que la administración y la ejecución de dichos recursos, le han permitido a la entidad a través de los ingresos corrientes por venta de servicios alcanzar un nivel de auto sostenibilidad financiera, aspecto significativo en el nivel de eficiencia.

No obstante lo anterior la entidad no cuantifica las metas para cada una de las vigencias del Plan, aspecto que incide en la medición y avance de cada uno de los proyectos.

Respecto del balance social se presenta un bajo índice de atención a las problemáticas planteadas por la entidad para contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población.

La administración cumplió durante la vigencia 2009 con la normatividad aplicada, en cuanto a los principios fundamentales en el proceso de programación y

ejecución del presupuesto, al igual que en la oportunidad de los registros presupuestales. Igualmente se puede señalar que la administración está cumpliendo con las actividades señaladas por la Secretaría de Hacienda Distrital respecto al manejo del presupuesto orientado por resultados, por lo tanto, en términos generales la opinión presupuestal es confiable.

Se observaron debilidades en el componente de contratación, como ausencia de control interno en todo el proceso contractual, igualmente se reiteran las falencias que este organismo fiscalizador ha venido observando, esto es la inaplicabilidad por parte del Hospital de las normas que exigen el cumplimiento de ciertos requisitos que anteceden la suscripción de un contrato.

La actividad y función de los supervisores en el control y vigilancia a la ejecución de los contratos, no genera informes completos, concretos, cronológicos y técnicos que determinen la idónea ejecución del objeto contractual y el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el contratista; por ende, para el ente de Control Fiscal se dificulta su función, al no determinar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en el contrato y sus documentos integrantes, pliego de condiciones y oferta, especialmente en relación con las especificaciones técnicas del objeto contratado y las actividades administrativas a cargo del contratista.

Se evidencia adición de recursos y prórrogas en tiempo a los contratos y en varios de los casos inexistencia en los estudios que anteceden la contratación, así mismo deficiencias en los pliegos de condiciones o términos de referencia, situación que demuestra carencia de planeación. Así mismo, existe ausencia de pluralidad de ofertas que impiden la adquisición de bienes o servicios en mejores condiciones de calidad y precios.

Frente al incumplimiento por parte del Hospital de los pagos pactados, se establece que podría generar a futuro sanciones y controversias de orden legal.

Finalmente de los contratos que analizados se observó que 18 no cumplieron con el mandato legal del pago de publicación, sin que el Hospital se hubiera manifestado o gestionado alguna acción al respecto que evitara el posible detrimento al erario Distrital.

Con relación a la gestión ambiental, la administración en la vigencia 2009 desarrolló acciones en cumplimiento de la política ambiental en cuanto a la protección de la naturaleza en sus componentes agua, aire y suelo el PIGA se encuentra concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente.

Evaluación y revisión de la cuenta.

Evaluada y revisada la cuenta rendida a través del SIVICOF, se observó que se presentan reiteradas observaciones en la forma y términos de la presentación de la cuenta en el componente ambiental acorde con lo establecido en la resolución Reglamentaria 034 de 2009 expedida por la Contraloría de Bogotá, las cuales se describen en el título establecido para tal fin dentro de este informe, igualmente se observa que no se presentó el documento electrónico CBN – 1113, situación que se enmarca dentro de las causales contempladas en el parágrafo del artículo 52 de la precitada resolución.

Opinión sobre los Estados Contables

Cierre contable

A diciembre 31 de 2009 el hospital, presenta en su Balance General y en su Estado de Actividad Financiera Económica y Social, como resultado de su actividad social, el siguiente resultado: un activo en cuantía de \$106.806.22 millones; un pasivo de \$25.925.48 millones; con un patrimonio de \$80.880.75, generando ingresos totales en cuantía de \$81.638.14 millones, y unos gastos por \$23.308.53, y costos de \$ 58.329.74 millones, lo cual ha generando un resultado del ejercicio de \$-3.318.71 millones. Analizados selectivamente los registros se determinaron las siguientes situaciones:

Se presentan consignaciones pendientes de registrar en libros por valor de \$26.33 millones desde el 9 de julio de 2008 al 17 de julio de 2009, dichas partidas muestran una antigüedad superior a un año.

La información correspondiente a facturas pendientes de radicar por valor de \$2.229.0 millones, en facturación, presentan diferencia de \$163.9 millones, con la información reportada por la oficina de cartera a 31 de diciembre de 2009, Además, no fue posible identificar las fechas a que correspondían estas facturas.

Dentro de los contratos estatales que la entidad pública suscribió no se indica que es la propietaria de los recursos entregados en calidad de anticipos, ni se tiene manual para el manejo de los recursos públicos entregados como anticipos.

No se adelantó inventario físico de los bienes muebles e inmuebles, impidiendo la depuración y actualización de los inventarios, en cumplimiento de la Resolución No 001 de 2001 de la Secretaria de Hacienda Distrital el Manual de

Procedimientos Administrativos y Contables para el Manejo y Control de los Bienes.

No se evidenció entrada de almacén ni recibo de caja por el ingreso por los \$14.99 millones y \$13.2 millones de los elementos que deben ser reintegrados por el contratista encargado de la demolición, (obra construcción I Fase Hospital) generando una subestimación en el efectivo y la propiedad planta y equipo, y sobreestimando las cuentas por pagar por servicios prestados, en la misma cuantía.

Los ingresos por venta de servicios se causan directamente a través de la interfase de facturación, con la expedición de la factura automáticamente, afectando la contrapartida de cuentas por cobrar o caja, al presentarse información diferente en los reportes de facturación y cartera, se genera incertidumbre en los saldos.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos anteriores, los estados contables son razonables en todos los aspectos importantes, de acuerdo a la situación financiera del Hospital Meissen II Nivel E.S.E. a 31 de diciembre de 2009 los resultados de las operaciones por el año que termino en esta fecha, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y principios de contabilidad prescritos por la Contaduría General de la Nación.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No.4.1 se establecieron 32 hallazgos administrativos, de los cuales cuatro de ellos corresponden a hallazgos con alcance fiscal en cuantía de \$54.6 millones, diez tienen alcance disciplinario.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones, emitido en cuanto a la gestión realizada, el cumplimiento parcial de la normatividad, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno aceptable, con un rango bueno y un nivel de riesgo bajo y la opinión con salvedades, expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables; la Cuenta Rendida por la entidad, correspondiente a la vigencia 2009, **se fenece.**

A fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor



tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, a través de los medios electrónicos vigentes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.

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

Bogotá, D. C, Mayo de 2010

BLEIDY PEREZ BALLESTAS
Directora Técnica Sector Salud e Integración Social

2. ANÁLISIS SECTORIAL

RECURSOS DEL ORDEN NACIONAL PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES –SGP-

2.1.1 Antecedentes normativos

Los títulos XI y XII de la Constitución Política sentaron las bases del nuevo orden político-territorial donde se establece la distribución de recursos y competencias entre los distintos niveles territoriales.

Es así como se elevó a rango constitucional las transferencias de la Nación a los departamentos, distritos y municipios, y se definió el situado fiscal y la participación municipal como un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la nación ICN¹.

La Ley 60 de 1993 o de Recursos y Competencias, en los capítulos II y III reglamentó lo relativo al situado fiscal y lo definió como el porcentaje de los ICN que sería cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales para la atención de los servicios públicos de educación y salud; respecto de los ingresos corrientes de la nación, estableció las condiciones de la participación, indicando que la distribución se realizaría con base en el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), la pobreza relativa, la eficiencia fiscal, la eficiencia administrativa y el progreso en el nivel de la calidad de vida.

Posteriormente, con la promulgación del acto legislativo 01 de 2001, se crea el sistema general de participaciones (SGP) de los departamentos, distritos y municipios, con base en los recursos del situado fiscal, el Fondo Educativo de Compensación – FEC- y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación –ICN- y destinó los recursos a la financiación de los servicios a cargo de las entidades territoriales respectivas, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

Luego se expide la Ley 715 de 2001 que busca un reordenamiento de competencias entre la nación, los departamentos, distritos y municipios, sustentado en uno de los principios básicos de la descentralización según el cual,

¹ Escuela Superior de Administración Pública ESAP. “El sistema general de participaciones y el papel del Concejo Municipal”. Bogotá, junio de 2007.

se deben aprovechar las ventajas que cada nivel de gobierno presenta en la prestación de los servicios.

Con el acto legislativo 04 de 2007² se determinan los porcentajes de incremento anual del sistema general de participaciones. Además de las inversiones prioritarias con recursos del SGP en salud y educación, se añadió la financiación de servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico.

2.1.2 Definición y mecanismos procedimentales del Sistema General de Participaciones SGP

La Ley 715 de 2001 define al Sistema General de Participaciones como el instrumento que garantiza la financiación de los servicios de educación y salud, mediante transferencias condicionadas a estándares de prestación de esos servicios y un monto de propósito general para financiar los servicios de agua potable y saneamiento básico.

Está constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la constitución política a las entidades territoriales. Los montos se distribuyen de la siguiente manera:

- El 58.5% con destinación específica para el sector educativo.
- 24.5% con destinación específica para el sector salud, denominada participación para salud.
- 5.4% agua potable y saneamiento básico.
- El 11.6% con destino participación de propósito general.

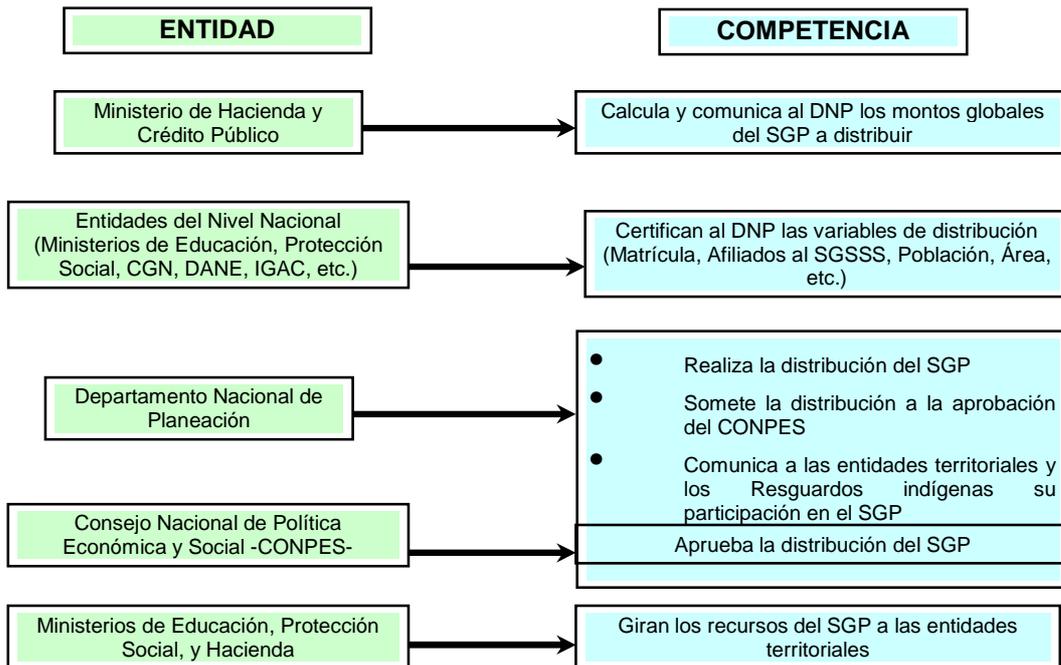
Estos recursos se distribuyen entre departamentos, distritos y municipios de acuerdo con unos criterios que tienen en cuenta la población, atendida y por atender, la pobreza, la eficiencia y la equidad. Cada año el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) expide los documentos sociales que explican la distribución y la asignación y se consigna el monto que le corresponde a cada entidad territorial por componente de gasto o sector; estos recursos se reparten en doceavas y se establece un periodo de tiempos de giros.

El giro de los recursos, se realiza por mes vencido, a partir de febrero y hasta diciembre, para completar el giro total de las once doceavas previstas para la vigencia. Al comenzar el siguiente año se expide un documento CONPES que establece la doceava faltante y los correspondientes ajustes por efectos de la inflación causada. El proceso de legalización se efectúa cuando la nación le gira al ente territorial las doceavas pertinentes que estipula el documento CONPES. Durante la vigencia, éstas pueden sufrir ajustes que afectan la transferencia a cada entidad.

² Por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política

El siguiente gráfico resume las entidades a nivel nacional y las competencias que les corresponden en atención a la administración y asignación de recursos del Sistema General de Participaciones.

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DEL SGP. COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Nacional

2.1.3 El Sistema General de Participaciones –SGP- y el sector salud

En salud, se separó la competencia de aseguramiento de la población pobre, en cabeza de los municipios, de la competencia de la prestación de servicios que se fijó como responsabilidad de los departamentos. En el aseguramiento se garantizó que todo el ciclo, desde identificación de beneficiarios hasta control de los recursos, sea responsabilidad de los municipios. En la prestación de servicios los departamentos deben reorganizar la red al interior de sus territorios con base en la demanda y la infraestructura municipal debe adecuarse a los requerimientos de la misma³.

De acuerdo con los artículos 47 y 11 de las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, respectivamente, los recursos del SGP financian tres componentes de gasto: i) continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado mediante subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la

³ Ministerio de Hacienda y Crédito Público. “10 años de transformación fiscal territorial en Colombia. 1998-2008”. Bogotá, mayo de 2009.

cobertura total, ii) prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda⁴ y iii) acciones en salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Protección Social⁵.

La ley 1122 de 2007⁶, respecto de la financiación del régimen subsidiado con recursos del SGP, establece que su participación en el año 2007 es del 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%. Entre tanto, el artículo 3 del Decreto 2878 de 2007 establece que los recursos con destino al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa total del SGP-S, por consiguiente, el porcentaje restante, una vez descontados los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 a la financiación del régimen subsidiado, se destinará a la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda⁷.

A raíz de la declaratoria de emergencia social⁸ y a través del decreto 132 de 2010 se modificaba esta distribución en el siguiente sentido: a partir del año 2010 el porcentaje del 65% se incrementaría de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y el contributivo, sin superar el 90%. Este incremento porcentual avizora la intención de alcanzar la universalización, es decir, el aseguramiento de toda la población al sistema general de seguridad social en salud; para tal propósito, el Decreto 131 de 2010⁹, señalaba que la afiliación al SGSSS es de carácter obligatorio y el Ministerio de Protección Social debía establecer los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes.

No obstante la declaratoria de inexecutable de la emergencia social, con anterioridad la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 había recogido los principios rectores de equidad y obligatoriedad del sistema de seguridad social en salud, planteados en la Ley 100 de 1993 y, en tal sentido, estableció unos mandatos claros y precisos, orientados a reconocer la salud como derecho fundamental y a que el Estado garantice el acceso a la salud en condiciones de equidad para toda la población. Los órdenes incluyen actualización y unificación de los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, universalización del acceso a la salud, entre otros aspectos. Así las cosas, estos propósitos resultan ineludibles y llegará el momento en que los recursos del SGP se deberán destinar prácticamente en su totalidad al financiamiento del régimen subsidiado.

⁴Incluye los aportes patronales para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial, en los términos señalados por la Ley 715 de 2001.

⁵El Distrito Capital asume todas las funciones en salud pública.

⁶ Artículo 214.

⁷Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES SOCIAL 122. Bogotá, enero de 2009.

⁸ Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009

⁹ Artículo 37 Decreto 131 de 2010

2.1.4 Recursos para la salud de Bogotá por el SGP y aplicación de estos recursos

El Distrito Capital, por su naturaleza recibe recursos provenientes de la distribución sectorial, en lo concerniente a propósito general, participación en educación, y salud (salud pública, atención a población pobre no afiliada, régimen subsidiado y aportes patronales).

Con información tomada de los presupuestos de la Secretaría de Hacienda y el Fondo Financiero Distrital de Salud, se detallan en el siguiente cuadro los montos de recursos apropiados por Bogotá en virtud del Sistema General de Participaciones en el período 2005-2009.

CUADRO 1
RECURSOS APROPIADOS
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SGP 2005-2009

Millones de Pesos

APLICACIÓN RECURSOS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Prestación del servicio Salud - Oferta	66,842,0	19.7	93,024,1	24.3	85,054,7	22.1	68,971,0	16.9	71,578,1	15.9
Salud - Régimen Subsidiado	188,609,1	55.6	203,305,4	53.1	209,962,2	54.6	235,444,4	57.5	263,851,5	58.6
Salud - Salud pública	31,949,1	9.4	33,469,8	8.7	33,603,8	8.7	46,480,5	11.4	52,780,0	11.7
Aportes Patronales	51,884,8	15.3	52,942,2	13.8	55,953,3	14.5	58,399,1	14.3	61,947,4	13.8
TOTAL	339,284,9	100.0	382,741,6	100.0	384,574,0	100.0	409,295,0	100.0	450,157,0	100.0

Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social de la Contraloría de Bogotá con información del SIVICOF. Entidades que reportan. Secretaría Distrital de Hacienda y Fondo Financiero Distrital de Salud.

Entre 2005 y 2009 se ha incrementado el valor de recursos apropiados vía SGP al pasar de \$339.284.9 millones a \$450.157.0 millones que supone un aumento porcentual de 32% y denota la dinámica e importancia de estas transferencias para la prestación de los servicios de salud en la ciudad.

La distribución de estos recursos refleja cambios en su composición año tras año, así por ejemplo, para oferta a la salud, se ha destinado el 15.9% en el 2009 y el 24.3% en 2006. Para salud pública ha oscilado entre el 8.7% aplicado en 2006 y

2007 y el 11.7% en 2009. Sin embargo, estos porcentajes se encuentran acorde a los estipulados en la Ley 1122 de 2007.

De otra parte, se observa que, del total de recursos apropiados del Sistema General de Participaciones, el porcentaje destinado a salud ha venido disminuyendo, ya que en 2006 alcanzaba el 26.46% y en 2009 llega al 22.64%, es decir, una reducción de 3.82 puntos porcentuales, como se concluye de la información del siguiente cuadro.

CUADRO 2
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LOS RECURSOS
DEL SGP BOGOTÁ. 2006-2009

Millones de Pesos

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009
TOTAL RECURSOS SALUD	382,741.6	384,574.0	409,295.0	450,157.0
TOTAL RECURSOS SGP	1,446,360.4	1,580,202.6	1,762,525.7	1,988,074.7
PARTICIPACIÓN SECTORIAL	26.46%	24.34%	23.22%	22.64%

Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social de la Contraloría de Bogotá con información del SIVICOF.

En el año 2009, el total de recursos destinados para inversión por parte del FFDS alcanzó la suma de \$1.435.653.1 millones, de los cuales el 31.4% fueron cubiertos con los recursos provenientes del SGP.

En otro asunto, como consecuencia de la emergencia social, la distribución de recursos se afectó y en tal sentido se expidió el documento CONPES 132 de febrero 1º de 2010, por el cual se realiza la distribución del sistema general de participaciones de la vigencia 2010 para salud, en donde, para la financiación de la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, sólo asignó el valor correspondiente a cuatro (4) doceavas.

Esta asignación obedecía a que al momento de la distribución, el CONPES no disponía de la información para determinar el porcentaje de transformación de que trata el artículo 4 del Decreto 132 de 2010 expedido en el marco de la emergencia social. Por ello se realizó una distribución parcial correspondiente a cuatro doceavas en el subcomponente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. Lo anterior, mientras que el Gobierno Nacional definía, en dicho lapso de tiempo (4 meses), la gradualidad aplicable a la vigencia 2010, de la transformación para la

unificación de los planes obligatorios de salud y proceder con ello a determinar el porcentaje incremental destinado a financiar el régimen subsidiado.

Otro aspecto que interesa mencionar resulta de los recursos dirigidos al pago de aportes patronales.

En primer lugar, la Ley 715 de 2001, estableció que *“las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores”*.¹⁰ Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.

De esta manera, a partir de 2002, estos recursos son ubicados directamente por la Tesorería Nacional en los diferentes entes que administran pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, con base en la información suministrada por la Secretaría de Salud que previamente ha consolidado con la reportada por los hospitales de la red pública.

Así, tanto el Fondo Financiero Distrital de Salud como las Empresas Sociales del Estado presupuestan los recursos de aportes patronales sin situación de fondos y los van descontando según los giros realizados soportados en facturación como venta de servicios, con el diligenciamiento de las planillas de autoliquidación.

Con la emergencia social, se expidió el Decreto 073 de 2010 que planteaba medidas para liberar recursos de los saldos excedentes del situado fiscal y del SGP –aportes patronales-¹¹ que permitieran financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el POS del régimen subsidiado, norma que afectaba a las empresas sociales del estado.

¹⁰ Artículo 58 de la ley 715 de 2001

¹¹ El Parágrafo 1º del Decreto 073 de 2010 señala que, se entiende por saldos excedentes de aportes patronales aquellos montos del situado fiscal y del SGP para salud, asignados a las entidades territoriales y sus entes descentralizados para el pago de aportes patronales de los empleados del sector salud, incluidos sus rendimientos financieros, que habiendo sido recibidos como pago de la parte correspondiente al aporte del empleador para los sistemas de pensiones, salud, riesgos profesionales y cesantías nunca fueron aplicados a empleado alguno, porque no existió tal empleado, porque se retiró de la entidad o de la administradora o aseguradora, porque el ingreso base de cotización del empleado era inferior al presupuestado y al considerado en la liquidación, porque se redujeron los costos laborales con disminución de los requerimientos de recursos para los aportes patronales, porque se desconoce la entidad por cuenta de la cual se recibieron los recursos, entre otros eventos similares, que generan exceso de recursos en poder de las aseguradoras o administradoras, sin obligaciones que correspondan a derechos o prestaciones laborales exigibles con cargo a estos recursos que deban atenderse a favor de servidores públicos del sector salud, sin que estos eventos afecten las condiciones de distribución de los saldos excedentes de aportes patronales, para lo cual se aplicará lo establecido en el artículo 5º del decreto.

Es así como surgían varias inquietudes. Un primer aspecto resultaba de la propiedad de los recursos, ya que siendo facturados como servicios prestados por la entidad, no era dable que pudieran ser objeto de disposición por la nación.

Adicionalmente, el proceso de saneamiento de aportes patronales, previsto en la Ley 715 de 2001, a la fecha no ha culminado por las dificultades presentadas en las conciliaciones con los fondos de pensiones y cesantías, las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos profesionales, de suerte que no es posible informar con veracidad los saldos excedentes de aportes patronales acumulados a junio 30 de 2009.

En el siguiente cuadro se informa de los recursos presupuestados por los hospitales para aplicar como aporte patronal y un estimado de los saldos ya calculados luego del cruce y conciliación con las entidades que administran salud, pensiones, cesantías y riesgos profesionales, que resultaron a favor de los centros asistenciales, que tiene un cálculo preliminar de \$22.642 millones facturados por los hospitales.

CUADRO 3
RECURSOS PRESUPUESTADOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS CORRESPONDIENTES AL
SGP SALUD PARA APORTES PATRONALES
2006-2010

HOSPITAL	2010	2009	2008	2007	2006	Saldos saneamiento SGP
TUNAL	3,221,803,970	3,083,761,851	2,962,424,175	2,879,167,873	2,809,143,354	319,584,285
LA VICTORIA	3,903,456,169	3,767,589,640	3,468,135,356	3,298,424,733	3,224,998,000	2,763,632,557
KENNEDY	8,529,484,523	7,949,660,220	5,595,478,060	6,948,528,000	6,021,643,000	6,127,998,006
SANTA CLARA	2,920,941,286	2,686,620,000	2,736,582,676	2,306,501,736	2,661,226,664	1,747,292,376
SIMÓN BOLÍVAR	7,554,482,374	7,675,411,933	7,402,439,911	7,598,000,000	6,847,081,146	ND
CENTRO ORIENTE	2,749,528,719	2,620,282,172	2,507,063,145	2,568,283,000	2,865,361,214	230,892,908
BOSA	1,999,452,647	1,905,880,192	2,147,101,807	1,784,000,000	1,531,100,000	2,056,928,225
ENGATIVÁ	4,759,000,000	4,532,262,914	4,399,230,722	4,117,151,000	3,939,858,000	285,057,029
FONTIBÓN	3,085,942,080	2,829,949,389	2,699,006,791	2,533,454,000	2,424,357,000	764,645,900
MEISSEN	1,730,038,000	1,647,655,447	1,576,187,032	1,055,804,000	980,916,999	ND
SAN BLÁS	3,998,833,057	3,814,083,599	3,649,840,765	3,372,522,000	3,314,740,000	ND
TUNJUELITO	2,033,472,187	2,331,179,342	1,945,207,678	1,864,215,000	1,691,490,409	1,924,876,641
CHAPINERO	1,186,138,000	1,226,161,275	1,560,693,174	1,288,098,000	1,480,761,000	ND
NAZARETH	270,635,109	267,238,810	255,567,940	243,469,781	231,931,146	298,474,851
SUBA	1,812,094,228	1,774,452,000	1,762,611,000	1,922,953,000	1,840,147,000	ND
USAQUÉN	1,323,027,069	1,256,138,587	1,220,693,314	1,161,120,000	1,085,158,000	713,765,198



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

HOSPITAL	2010	2009	2008	2007	2006	Saldos saneamiento SGP
USME	1,659,016,604	1,659,016,604	1,792,487,416	1,323,332,000	1,451,029,940	
DEL SUR	2,961,940,000	3,765,726,024	3,555,589,438	3,464,866,691	2,851,708,000	ND
PABLO VI BOSA	1,175,000,000	1,119,729,120	1,071,511,127	1,023,532,000	1,140,100,000	3,079,731,997
RAFAEL URIBE U.	2,178,498,000	2,136,632,944	2,153,706,575	2,010,479,000	1,928,757,000	328,123,040
SAN CRISTÓBAL	1,337,349,587	1,463,540,968	1,457,499,855	1,180,000,000	1,072,080,000	1,903,229,061
VISTA HERMOSA	2,686,000,000	2,113,587,633	2,012,940,551	1,926,260,117	1,817,225,609	98,100,893
TOTAL	63,076,133,609	61,488,291,569	56,342,548,639	55,465,662,921	53,080,231,981	22,642,332,967

Fuente. Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

ND. No reportaron cifras concretas.

En los últimos cinco años se han incrementado en \$10.000 millones los recursos presupuestados para el pago de aportes patronales en los hospitales de la red pública distrital. Los hospitales que mayor volumen de recursos han presupuestado son Kennedy, Simón Bolívar, San Blás y Engativá con montos superiores a los \$4.000 millones.

Con base en el análisis que se refiere a la titularidad de los recursos del saneamiento de aportes patronales a favor de los hospitales, resulta afortunado que la emergencia social haya sido declarada inexecutable, ya que de otra manera hubiese resultado ser otro golpe lesivo para su ya débil situación financiera.

2.2. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA –FOSYGA-

2.2.1 Aspectos normativos y fuentes de recursos

La Ley 100 de 1993 estableció¹² la existencia de un Fondo de Solidaridad y Garantía con el objeto de garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito.

En reglamentación de la ley, se creó el FOSYGA por el decreto 1283 de 1996¹³ como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

Se estructuró en las siguientes subcuentas: a) de compensación interna del régimen contributivo; b) de solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) de promoción de la salud; d) de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

¹² Artículos 156, literal l) y 218 Ley 100 de 1993

¹³ Derogó a su vez al Decreto 1896 de 1994.

Dado el interés del presente análisis por los recursos dirigidos al régimen subsidiado, éste se concentra en la subcuenta de solidaridad, que tiene por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes. La subcuenta de solidaridad es fundamentalmente una articuladora de los fondos destinados a la financiación del régimen subsidiado en el nivel nacional (en el nivel territorial el régimen subsidiado cuenta con las transferencias y los recursos propios de los entes territoriales)¹⁴.

Esta subcuenta dispone de los siguientes recursos para la financiación del régimen subsidiado¹⁵:

- a) Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción; que será girado por las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a la subcuenta de solidaridad.
- b) Un aporte del presupuesto nacional. El Gobierno nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la ley 1122.
- c) El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

2.2.2 Giros de recursos del FOSYGA

De conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos.

Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente

¹⁴ Periódico El Pulso. No. 114 marzo 2008.

¹⁵ Artículo 214 de la Ley 1122 de 2007.

registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario

A su turno, las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado; de lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago¹⁶.

De esta manera se advierte que es clara y precisa la reglamentación sobre el flujo de estos recursos; sin embargo, en el escenario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los diferentes agentes que intervienen han cuestionado y discutido ampliamente sobre los obstáculos que se han puesto y que entorpecen este flujo¹⁷.

Estos cuestionamientos señalan que el FOSYGA tiene implementados procesos poco efectivos y una aparente estrategia de glosas como forma de retrasar los pagos; la lentitud en los giros determina la subsistencia de la red pública de prestadores ya que los ingresos del régimen subsidiado representan para estas entidades entre un 70 y 80%, dependiendo del nivel de complejidad del hospital; existe un círculo vicioso las EPS-S no pagan hasta que no han recibido dinero del ente territorial, que a su vez depende del FOSYGA.

Otro factor a tener en cuenta resulta de la aplicación de la Ley 1122 que ordenó, como se anotó anteriormente, que el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se girará a las entidades territoriales con el envío y cruce de la base de datos de los afiliados.

Es así que sólo se paga por los usuarios que aparecen en la Base de Datos Única de Afiliados, la cual presenta grandes diferencias respecto de lo que reportan los entes territoriales. Actualmente se tiene 23.882.314 afiliados contratados, pero en la Base de Datos Única de Afiliados existen 20.573.692 afiliados; esa diferencia implica que el Fosyga está pagando del total contratado sólo el 86% y no el

¹⁶ El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

¹⁷ Por ejemplo la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI, la Conferencia Nacional de Secretarios Municipales y Distritales de Salud COSESAM

100%¹⁸. Esta diferencia en las bases de datos conlleva a que los municipios también disminuyan sus pagos a las EPS del subsidiado, y sólo cancelen proporcionalmente.

En el caso de Bogotá, la población afiliada y contratada corresponde a 1.754.891, en tanto la registrada en la base de datos BDUÁ, es de 1.339.270, que implica el pago por el 76% de la población contratada.

2.2.3. Recursos del FOSYGA para Bogotá

CUADRO 4
APROPIACIÓN RECURSOS FOSYGA 2006-2009
Millones de Pesos

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009
RECURSOS PARA CONTINUIDAD	117,679.7	128,873.9	134,938.1	184,941.5
RECURSOS PARA AMPLIACIÓN	227.1	13,167.0	0.0	370.3
TOTAL RECURSOS	117,906.8	142,040.9	134,938.1	185,311.8

Fuente: Fondo Financiero Distrital de Salud

En los últimos cuatro años se han incrementado en 64% los recursos apropiados cuya fuente corresponde al FOSYGA, al pasar de \$117.906.8 millones en 2006 a \$185.311.8 millones en 2009. Esta aplicación en más del 98% se dirige a la continuidad de afiliación de población de niveles 1 y 2 de SISBEN al régimen subsidiado mediante subsidios totales y de población de SISBEN 3 con subsidios parciales.

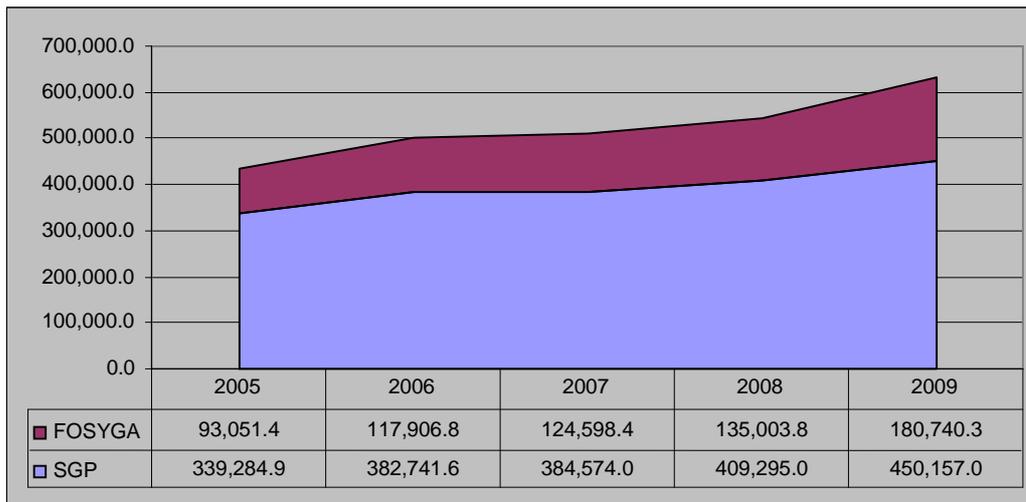
2.3 Comparativo recursos FOSYGA-SGP

De los recursos dirigidos a la salud en Bogotá, cuya fuente corresponde a las transferencias de la nación, se observa la mayor porción de las referidas al Sistema General de Participaciones, aunque se ha ido incrementando el porcentaje de participación de los recursos del FOSYGA. Es así, como en 2005, los recursos del SGP representaban el 78.5% y en 2009 el 71.3%, en tanto los recursos del FOSYGA el 21.5% y el 28.7% en esos mismos años.

¹⁸ Fuente de la información FOSYGA. Encargo Fiduciario administrado por Consorcio FIDUFOSYGA. Reporte afiliados por Departamentos y Municipios. Fecha de corte 30-11-09

GRÁFICO 2
COMPOSICIÓN RECURSOS APROPIADOS SGP-FOSYGA PARA BOGOTÁ
2005-2009

Millones de Pesos



Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social Contraloría de Bogotá con información SIVICOF.

Ahora bien, al revisar el comportamiento de los recursos ejecutados, se observa que estas dos fuentes representan en 2009 el 24.9% del total de recursos dirigidos para salud pública, el 67.3% para régimen subsidiado y el 28.7% para atención de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda. Aunque no sobra advertir, que estos porcentajes no han sido constantes en los últimos años, como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO 5
APLICACIÓN RECURSOS FOSYGA – SGP 2007-2009

Millones de pesos

VIGENCIA	2009			2008			2007		
	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA
SGP	52,744.7	194,358.7	133,525.5	46,371.6	166,017.7	127,370.0	33,401.3	209,301.6	140,993.1
FOSYGA	0.0	185,311.8	0.0	0.0	134,922.5	0.0	0.0	130,155.8	0.0
TOTAL SGP-	52,744.7	379,670.5	133,525.5	46,371.6	300,940.2	127,370.0	33,401.3	339,457.4	140,993.1



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA	2009			2008			2007		
FOSYGA									
TOTAL FFDS	211,956.3	564,185.5	464,527.8	165,832.7	493,473.1	478,519.4	147,450.7	528,286.6	398,805.4
PART. SGP- FOSYGA	24.9%	67.3%	28.7%	28.0%	61.0%	26.6%	22.7%	64.3%	35.4%

Fuente: Fondo Financiero Distrital de Salud

2.4 CONCLUSIONES

El propósito de universalización del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y la unificación de los planes obligatorios de salud, supone la modificación en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, tal como se advirtió con los decretos de la emergencia social y como está planteado en la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional.

Entre 2005 y 2009 se ha incrementado el valor de recursos transferidos vía SGP a Bogotá, al pasar de \$339.284.9 millones a \$450.157.0 millones que supone un aumento porcentual de 32% y denota la dinámica e importancia de estas transferencias para la prestación de los servicios de salud en la ciudad.

La distribución de estos recursos refleja cambios en su composición año tras año, así por ejemplo, para oferta a la salud, se ha destinado el 15.9% en el 2009 y el 24.3% en 2006. Para salud pública ha oscilado entre el 8.7% aplicado en 2006 y 2007 y el 11.7% en 2009. Sin embargo, estos porcentajes se encuentran acorde a los estipulados en la Ley 1122 de 2007.

Como consecuencia de la emergencia social, la distribución de recursos del SGP se afectó, como se evidencia con la expedición del documento Conpes 132 de febrero 1º de 2010, por el cual se realiza la distribución del sistema general de participaciones de la vigencia 2010 para salud, en donde, para la financiación de la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, sólo asignó el valor correspondiente a cuatro (4) doceavas.

El proceso de saneamiento de aportes patronales, previsto en la Ley 715 de 2001, a la fecha no ha culminado por las dificultades presentadas en las conciliaciones con los fondos de pensiones y cesantías, las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos profesionales, de suerte que no es posible informar con veracidad los saldos excedentes de aportes patronales acumulados a junio 30 de 2009, aunque con base en los avances obtenidos se tiene un cálculo preliminar de \$22.642 millones a favor de los hospitales de la red pública distrital.

En Bogotá, en los últimos cinco años se han duplicado los recursos aplicados cuya fuente corresponde al FOSYGA, al pasar de \$93.051.4 millones en 2005 a \$180.740.3 millones en 2009. Esta aplicación en más del 95% se dirige a la afiliación de población de niveles 1 y 2 de SISBEN al régimen subsidiado mediante subsidios totales.

El FOSYGA sólo paga por los usuarios que aparecen en la Base de Datos Única de Afiliados, la cual presenta grandes diferencias respecto de lo que reportan los entes territoriales. En el caso de Bogotá, la población afiliada y contratada corresponde a 1.754.891, en tanto la registrada en la base de datos BDUA, es de 1.339.270, que implica el pago por el 76% de la población contratada. Esto trasluce un riesgo en la atención de la salud de la población que está afiliada por la contratación efectuada con las aseguradoras del régimen subsidiado pero que por inconsistencias de información no han sido cargadas en el BDUA y por tanto no recibirían el pago correspondiente de la UPC que garantice tal atención.

En 2009 el 24.9% del total de recursos dirigidos para salud pública, el 67.3% para régimen subsidiado y el 28.7% para atención de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, correspondieron a las fuentes del Sistema General de Participaciones y el FOSYGA, lo que denota la importancia de ellas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

De los hallazgos suscritos en el plan de mejoramiento del Hospital Meissen II Nivel, como resultado de las auditorias Gubernamental con enfoque Integral Modalidad Regular vigencias 2002, 2004, 2007 y 2008, se concluye que el grado de cumplimiento por parte del hospital a las acciones de mejora planteadas respecto de las metas tuvieron un cumplimiento parcial con un puntaje de 1.67 y un porcentaje de eficacia en el cumplimiento de 83.67%.

Con relación a los hallazgos Nos 4.3.5, 4.3.1.5.1 relacionados con la legalización del predio, se pudo determinar que en la vigencia 2009 no se adelantó acción alguna para la legalización del mismo, se tiene suscrito un Convenio Interadministrativo de Entrega No. 0306 del 3 de enero de 2006 con la Defensoría del Espacio Público, mediante el cual se ha entregado a título gratuito el uso, costumbres y goce, por un periodo de cinco (5) años.

De acuerdo a lo anterior se pudo deducir que no se cumplió con la actividad propuesta en el Plan de Mejoramiento.

Los hallazgos números, 4.3.12, 4.3.1.8.2, 4.1.3.5.1. relacionados con la falta de interfase en la información, no se llevó a cabo acción alguna para la implementación de nuevas interfaces, de acuerdo a la examen efectuada, se observó que el hospital decidió cambiar el software para ajustarlo a las necesidades del mismo y a los nuevos avances tecnológicos, adquiriendo un nuevo sistema de información integrado.

De lo descrito anteriormente se pudo deducir que no se cumplió con la actividad.

Por ser una acción de mejora que requiere de seguimiento, para verificar la efectividad, utilidad y eficiencia del nuevo sistema, a fin de establecer la eficiencia en el manejo de los recursos, entre la inversión realizada con el anterior sistema y la utilidad del nuevo software o en su defecto determinar un posible detrimento del patrimonio. La acción queda abierta.

Para los hallazgos N° 3.3.1 y 3.7.2, su calificación fue de cero (0), porque para el 3.3.1., se cumplió con la actividad, pero su resultado no fue efectivo, para el 3.7.2. – Gestión Ambiental, no se cumplió con la actividad propuesta.

Con relación a los hallazgos del Sistema de Control Interno N°s 3.2.2.2.3., relacionado con la sistematización y clasificación de la correspondencia; el 3.2.3.13., relacionado con la carencia de áreas adecuadas para el normal desarrollo de actividades; 3.2.3.5., relacionado con inexactitudes en la información reportada en SIVICOF; el 3.2.3.5., relacionado con faltantes y sobrantes en farmacia y el 3.2.3.7., relacionado con conciliaciones de saldos de cartera, se cumplió con la actividad pero su resultado es parcialmente efectivo, por tanto su calificación fue de un (1) punto.

3.2. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con el fin de evaluar el sistema de control interno y determinar la calidad y nivel de confianza, se aplicó la metodología establecida, y el avance en la implementación del MECI en sus tres Subsistemas, los respectivos componentes y elementos.

Se aplicó el cuestionario a las áreas seleccionadas en la muestra, de acuerdo a los conocimientos grupales e individuales sobre los diversos temas; se analizó y revisó la documentación aportada, reflejando la siguiente situación:

1. Control Estratégico

1.1. Ambiente de control,

El hospital mantiene una conciencia de control el cual influye en la planificación, la gestión de operaciones y los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal aplicable.

1.1.1. Acuerdos compromisos o protocolos éticos

El Hospital Meissen cuenta con Código de ética y Buen Gobierno, aprobado mediante Resolución 180 de Octubre 22 de 2009.

Se ha difundido hacia el interior de la entidad mediante mesas de trabajo, carteleras, Intranet y otros medios de comunicación interna con participación de las oficinas de Planeación y Garantía de la Calidad.

1.1.2. Desarrollo de Talento Humano

El Hospital desarrolla programas de inducción y capacitación para los funcionarios que ingresan por primera vez tanto por contrato de prestación de servicios como de planta en las áreas misionales y de apoyo.

Igualmente se cumple con programas de capacitación y estímulos a los funcionarios.

1.1.3. Estilos de Dirección

La estructura con que cuenta el Hospital permite la asignación de funciones y delegación de funciones, en cumplimiento de sus objetivos, visión y misión. A través de comités reglamentarios se realiza el seguimiento y evaluación de las estrategias implementadas desde la gerencia.

Ambiente de Control, obtuvo una calificación de 4,1

1.2. Direccionamiento Estratégico,

El hospital está orientado al cumplimiento de su misión, visión y por ende al cumplimiento de sus objetivos.

1.2.1. Planes y Programas.

Los objetivos establecidos por las dependencias son adecuados y coherentes con los objetivos de la entidad, existe seguimiento permanente de los planes, programas y proyectos a través de los Planes de Acción y los tableros de mando.

1.2.2. Modelos de operación por procesos

El hospital cuenta con diagramas de flujo que permiten visualizar las actividades de cada macroproceso o dependencia.

Los procedimientos se encuentran documentados y aprobados mediante Acuerdo N° 016 de julio 24 de 2006. Los ajustes y actualizaciones se registran en el libro Maestro de Documentos Controlados.

1.2.3. Estructura organizacional

Dentro de la estructura el hospital integra los cargos, las funciones, los niveles de responsabilidad y autoridad permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión.

El modelo de operación del Hospital Meissen está sustentado en tres (3) Macroprocesos así:

Misionales: Consulta externa, Urgencias, hospitalización y UCI – Unidad de Cuidados Intensivos, atención quirúrgica, Gineco obstetricia, central de esterilización, enfermería, atención al usuario, facturación, laboratorio clínico, rayos x, epidemiología, infecciones intrahospitalarias, farmacia, terapias, nutrición, referencia y contrarreferencia y la morgue.

Apoyo y Soporte: Servicios generales, SAMA (Saneamiento Ambiental), ropa hospitalaria, gestión de insumos y recursos (Contratación, inventarios y almacén), Sistemas (hardware y Software), talento humano y mantenimiento (Biomédico y General).

Gerenciales: Gestión gerencial, planeación, control interno, gestión de la calidad y gestión financiera

Esta estructura permite establecer claramente niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de las diferentes actividades y por ende de la Misión Institucional.

El componente de Direccionamiento Estratégico obtuvo calificación de 4,0

1.3. Administración de Riesgos,

El hospital evalúa eventos negativos tanto internos como externos que puedan afectar el logro de sus objetivos institucionales o eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

1.3.1 Contexto Estratégico

La entidad orienta las decisiones frente a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación.

El Hospital tiene identificado los factores internos y externos de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, realizado mediante la aplicación de la matriz DOFA, en grupos de trabajo.

Se tienen establecidos Mapas de Riesgos de las dependencias del Hospital

1.3.2 Identificación de Riesgo

Se identifican los eventos potenciales que ponen en riesgo el logro de su misión estableciendo las causas y efectos de su ocurrencia.

Se tienen establecidos Mapas de Riesgos liderado por la Oficina de Gestión de la Calidad.

1.3.3 Análisis de Riesgo

Se establece la probabilidad de ocurrencia de los elementos positivos o negativos y el impacto de sus secuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar su aceptación y manejo.

Antes de la conformación de los Mapas de Riesgos los Equipos de Análisis efectuaron depuración de los listados de riesgos captados a través de lluvias de ideas de todos los funcionarios.

1.3.4 Valoración de Riesgo

Se determina el nivel o grado de exposición a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Una vez analizados los riesgos, los equipos de análisis procedieron a calificar la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto.

1.3.5 Políticas de Administración de riesgo

Se estructura los criterios orientados en la toma de decisiones respecto al tratamiento de los riesgos y los efectos hacia el interior del hospital.

El Hospital cuenta con políticas por cada macroproceso con el fin reducir, dispersar, transferir o asumir el riesgo.

El componente de Administración de Riesgos, obtuvo calificación de 4,0

Este Subsistema obtuvo calificación de 4,0

2. Control de gestión

2.1. Actividades de Control

El hospital garantiza el control a la ejecución de la función, planes y programas, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

2.1.1 Políticas de Operación

Se establecen las guías de acción para la implementación de estrategias, define los límites y parámetros para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración de riesgos.

El Hospital tiene definido, a través de actos administrativos las políticas de control y permanentemente se realizan ajustes.

2.1.2 Procedimientos – Manual de Procedimientos.

El Manual de procedimientos fue aprobado mediante acuerdo N° 016 de julio 24 de 2006. Los ajustes y actualizaciones se registran en el libro Maestro de Documentos Controlados.

2.1.3 Controles

Se definen acciones para prevenir o reducir el impacto de eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos requeridos para el logro de los objetivos.

Según el mapa de riesgos el Hospital cuenta con controles preventivos y correctivos. Se evidencia que la entidad definió los controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos.

2.1.4 Indicadores

Se definen variables cualitativas y cualitativas que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el hospital con relación a los objetivos y metas previstos.

El Hospital tiene definidos indicadores, los cuales se encuentran en cada uno de los Planes de Acción de las dependencias y estos son consolidados a través del Tablero de Mando dirigido y controlado por la Oficina de Planeación quien hace seguimiento a través del sistema de semaforización.

En el Tablero de Mando, se encuentran definidos una serie de indicadores para todas las áreas del Hospital.

Actividades de Control. Obtuvo calificación de 3,9

2.2 Información

Se convierte en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto. Es la base de transparencia en la gestión del hospital, la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de la información en general.

2.2.1 Información Primaria

El hospital esta en permanente contacto con instancias externas y de no hacerlo pueden afectar su desempeño.

La información que proviene de fuentes externas se procesa dentro de la entidad, identificando su procedencia y concepto.

Es así como la principal fuente de información es la ciudadanía, para lo cual el Hospital ha implementado mecanismos de atención, quejas y reclamos; dando respuesta dentro de los términos legales con la calidad de respuesta oportuna, situación que se evidencia en el resultado de la auditoria de Acciones Ciudadanas.

2.2.2 Información Secundaria

El hospital origina y procesa datos provenientes del ejercicio de su función.

EL Hospital tiene identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, se publican al interior de la

entidad con el objeto de garantizar el despliegue de la información a todos los niveles, sin embargo se encontró la siguiente debilidad:

Evaluada la información rendida en el SIVICOF frente a los soportes se observó incompleta.

2.2.3 Sistemas de Información

Se cuenta con recursos humanos y tecnológicos orientados a la generación de información con el fin de soportar de manera más eficiente la gestión de las operaciones.

Los sistemas de información facilitan el control de gestión de los procesos, sin embargo se encontró la siguiente debilidad:

El hospital maneja actualmente el sistema de información SIGMA, para el área financiera, el cual ha presentado deficiencias por falta de interfases y las frecuentes bajas del sistema operativo, haciendo más dispendiosa la utilización del mismo, actualmente no están integrados los procesos en su totalidad, pero de acuerdo al estudio de factibilidad se tomó la decisión de cambiar el software, el cual esta en proceso de implementación.

De otro lado se verificó que los sistemas tienen establecidos niveles de acceso, están identificados y definidos los responsables que administran, operan, alimentan y utilizan.

El componente de Información, obtuvo calificación de 4,0

2.3 Comunicación Pública

Se aprovecha las relaciones humanas del hospital para cumplir con sus objetivos institucionales y sociales.

2.3.1 Comunicación Organizacional

El hospital enfoca su accionar en la difusión de políticas y la información generada para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, planes, los programas, los proyectos y la gestión de las operaciones.

Los canales de comunicación entre las diferentes áreas y de estas a la Alta es considerada buena.

2.3.2 Comunicación Informativa

El hospital garantiza la difusión de la información sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.

El Hospital esta en permanente contacto con los usuarios o clientes a través de la Asociación de usuarios quienes tienen asiento en la Junta Directiva y participan de las decisiones de la Alta Gerencia.

El Hospital rinde cuentas de su gestión a la ciudadanía en general a través de convocatorias públicas a través de la Asociación de usuarios.

2.3.3 Medios de comunicación

Se emplean procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados para garantizar la divulgación, circulación de la información hacia los diferentes grupos de interés.

El Hospital utiliza carteleras, líneas telefónicas, el Internet, el correo, para comunicarse con sus usuarios y le permite ejercer a estos el control de su gestión a través de la observación, como prueba de ello son las diferentes manifestaciones ciudadanas a través de las Peticiones, Quejas y Reclamos formulados.

El componente de Comunicación Pública, obtuvo una calificación de 3,9

Este subsistema obtuvo una calificación de 3,9

3. Control de Evaluación

3.1 Autoevaluación

En cada área se mide la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando el cumplimiento de metas y resultados a cargo y tomar medidas correctivas para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.1.1 Autoevaluación de control

Se toman acciones de mejoramiento de control requeridas.

Las políticas institucionales tienen unos principios y objetivos los cuales apuntan a desarrollar el plan estratégico del hospital.

3.1.2 Auto evaluación de gestión

Se evalúan las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación del hospital.

3.2 Evaluación Independiente

Se practica una evaluación autónoma y objetiva del Sistema de Control Interno (SCI), la gestión y resultados por parte de la Oficina de Control Interno (OCI). Además presenta independencia, neutralidad y objetividad a un conjunto de programas de la evaluación del control y realiza seguimiento a los planes de mejoramiento tanto internos como externos.

3.2.1 Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno

El hospital cuenta con una oficina de Control Interno como instancia asesora de la administración, cuya función específica es la evaluación del control en forma independiente acorde con lo estipulado en la ley 87 de 1993, posee personal calificado para el desarrollo de su misión institucional.

3.2.2 Auditoria Interna.

La oficina de control interno cuenta con plan anual de auditoría y ejerce control y vigilancia tanto en el área Misional como en las áreas de apoyo.

Autoevaluación. Obtuvo calificación de 3,9

El componente de evaluación Independiente, obtuvo una calificación de 3,8

3.3 Planes de Mejoramiento

3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional.

El Hospital suscribe Planes de Mejoramiento a nivel institucional con la Contraloría de Bogotá y otros organismos como la Secretaria de Salud; sin embargo se presenta la siguiente debilidad:

No existen adecuados mecanismos de retroalimentación que permitan verificar la efectividad de las acciones propuestas que aseguren la corrección de la observación en los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos, debido a la que algunas observaciones u hallazgos persisten, lo que no permite la mejora continua en forma oportuna y eficaz

3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos.

Con motivo de las evaluaciones practicadas por la Oficina de Control Interno a los tres (3) macroprocesos, se suscriben Planes de Mejoramiento a los cuales se les hace seguimiento.

3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual.

La gran mayoría de funcionarios están vinculados por Contratos de Prestación de Servicios y la calidad del desempeño se mide a través de los informes rendidos y al cumplimiento de sus funciones establecidas en el mismo contrato.

A los funcionarios de planta se les califica su desempeño laboral de acuerdo a compromisos establecidos, teniendo en cuenta sus objetivos de acuerdo al cargo y al Manual de Funciones.

El componente de Planes de Mejoramiento, obtuvo una calificación de 3,8

Este subsistema obtuvo una calificación de 3,8

Los resultados del examen nos permiten conceptuar que la gestión adelantada por la administración de la entidad, acata las disposiciones que regulan sus actividades arrojando una calificación de 3,9, estando dentro de un nivel bueno con riesgo bajo, soportada en un efectivo Sistema de Control Interno y un adecuado manejo de los recursos puestos a su disposición.

En el siguiente cuadro se indica el resultado de la calificación de control interno por Subsistemas, componente y elemento.

CUADRO 6

HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS Y EJECUCION LINEAS DE AUDITORIA EVALUACION
MECI

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS
-------------	-------------	-----------

HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS Y EJECUCION LINEAS DE AUDITORIA EVALUACION
MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS			
1. CONTROL ESTRATÉGICO	4,0	1.1.AMBIENTE DE CONTROL	4,1	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	4,1		
				Desarrollo del Talento Humano	4,1		
				Estilos de Dirección	4,1		
		1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,0		4,0	Planes y Programas	3,9
						Modelos de Operación por Procesos	4,0
						Estructura Organizacional	3,9
		1.3 ADMINISTRACION DE RIESGOS	4,0		4,0	Contexto estratégico	4,0
						Identificación de Riesgos	4,0
						Análisis de Riesgos	4,0
	Valoración de Riesgos					3,9	
	2. CONTROL DE GESTION	3,9	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	3,9	Políticas de Operación	3,9	
					Procedimientos - Manual de Procedimientos	3,9	
Controles					4,0		
Indicadores					4,0		
2.2 INFORMACIÓN			4,0		4,0	Información Primaria	3,9
						Información Secundaria	4,0
						Sistemas de Información	4,0
2.3 COMUNICACIÓN PÚBLICA			3,9		3,9	Comunicación Organizacional	3,9
						Comunicación Informativa	3,8
						Medios de Comunicación	3,9
3, CONTROL DE EVALUACION	3,8	3.1 AUTOEVALUACION	3,9	Autoevaluación de control	3,8		
				Autoevaluación de Gestión	4,0		
		3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	3,8	Evaluación Independiente al	3,8		

HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS Y EJECUCION LINEAS DE AUDITORIA EVALUACION
MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS	
				Sistema de Control Interno	
				Auditoría Interna	3,8
		3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	3,8	Plan de Mejoramiento Institucional	3,7
				Plan de Mejoramiento por Procesos	4,0
				Plan de Mejoramiento Individual	3,7

Fuente: papeles de trabajo grupo auditor.

3.2.1. EVALUACION TRANSPARENCIA DE LOS PROCESOS

El Hospital Meissen cumplió en un 85.5 % (855 puntos de 1000) respecto al Pacto Ético, lo cual lo ubica en un nivel de riesgo bajo (Superior a 666).

El Hospital tiene ligeras debilidades en el factor visibilidad, por cuanto su puntaje fue del 79% (475 de 600), siendo las más relevantes: Contratación (75 % de cumplimiento); Portal Único de Contratación (50% de cumplimiento); Rendición de cuentas a la Ciudadanía y Órganos de Control (65% de cumplimiento);

El Hospital presenta debilidad en el factor mejoramiento de la gestión en lo que respecta en el cumplimiento a los Planes de Mejoramiento, por cuanto su cumplimiento es parcial, se le calificó 20 de 40 puntos asignados.

En este factor se presentan fortalezas en lo que respecta a fenecimiento de la cuenta (70 de 70 asignados), Seguimiento MECI (30 de 30 puntos asignados) y tendencia en la modalidad de la contratación (30 de 30 puntos asignados).

El Hospital presenta fortalezas en el factor Participación Ciudadana (200 de 200 puntos asignados), ha suscrito pacto ético con la Secretaría de Salud y la Contraloría, la ciudadanía a través de la Asociación de Usuarios del Hospital son los veedores de la gestión del hospital.

3.2.2. NIVEL DE IMPLEMENTACION NORMA DE CALIDAD NTCGP 1000 - 2004

La Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008 y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, se articulan para dar cumplimiento al artículo

2° del Decreto 1011 de 2006, el cual define que la evaluación y verificación por parte de los entes de control, se hará sobre el cumplimiento de las normas de calidad con fundamento en lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con base en el Decreto 4295 de Noviembre 6 de 2007, emanado del Ministerio de la Protección Social, que reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 (por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios), la Oficina de Garantía de la calidad del Hospital esta trabajando para lograr la habilitación en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

La Resolución 2181 de Junio 16 de 2008, emanada del Ministerio de la Protección Social, contempla la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público. En el anexo presenta la comparación de Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

Como resultado de la evaluación al SGC, se determinó que en el Hospital Meissen, existe la Oficina Sistemas de Información y Garantía de la Calidad, creada con motivo del Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá D.C., por el cual se transforman los establecimientos Distritales Prestadoras de Servicios de Salud como Empresas Sociales de Estado (ESE). Esta Oficina ha integrado varios procesos de áreas operativas que apuntan al cumplimiento de la normatividad de implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

Las funciones que desarrolla esta Oficina, están encaminadas a la atención personalizada al usuario en cuanto a la definición de seguridad social, solucionar sus requerimientos en forma oportuna, ágil y eficiente, velar por la ruta de la salud, divulgar los deberes y derechos en salud e informar a los usuarios sobre horarios y el manejo adecuado de basuras en el hospital.

En cuanto a la participación comunitaria, está en permanente contacto con la Asociación de Usuarios, con el Comité de Ética y realizan trabajo social y visitas domiciliarias, actúan como soporte a los programas canguro, maltrato infantil y ubicación de pacientes en abandono: así mismo se encuentra atención en el manejo del archivo de historias clínicas y realizan auditorias para el mejoramiento y prestan apoyo técnico a los sistemas (Hardware y Software).

De otro lado, fue creada mediante Memorando GHM – 014 de Febrero 5 de 2009 la Oficina de Gestión Integrado de la calidad (SIGC), la cual depende directamente de la Oficina de Planeación.

Las funciones que cumple, obedecen a las establecidas en los contratos de prestación de servicios de cada uno de los contratistas vinculados a esta oficina.

La Oficina del SIGC, tiene que ver directamente con los Sistemas Únicos de Información, Seguridad de la información, Gestión de Archivo, Sistemas de Habilitación, programas para el mejoramiento de la calidad, Salud Ocupacional y Seguridad Industrial, Gestión ambiental, Desarrollo Administrativo y Sistema de Acreditación.

PROCESO DE HABILITACION

En cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, la Secretaria Distrital de Salud (SDS) realizó revisión de los nueve estándares de habilitación durante los días comprendidos entre el 10 y 18 de Marzo de 2010 y de las normas relacionadas, encontrando el cumplimiento total de los requisitos.

OBSERVACIONES

1. El Manual de Calidad no contiene los elementos del SOGCS en cumplimiento a la Resolución 2181 de Junio 16 de 2008.
2. El Manual de Calidad no se encuentra actualizado, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006, el cual establecen los nuevos estándares del Sistema Obligatorio de la Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social (SOGCS), incumpliendo el numeral 4.2.2., de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCP 1000:2004.
3. En los documentos donde se establecen los procedimientos, no se muestra las diferentes versiones de los cambios (trazabilidad).
4. En los Procedimientos no se describe si la actividad, dada su importancia requiere de un registro (Control de Registros).
5. Las Tablas de Retención Documental están en proceso de aprobación

3.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES

Con el fin de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados contables presentados por el Hospital Meissen II Nivel de Atención ESE, con corte a 31 de diciembre 2009, se desarrollaron los procedimientos contemplados en los respectivos programas, para lo cual se aplicaron en forma selectiva técnicas de auditoría, dirigidas a determinar si éstos reflejan los hechos económicos, financieros y sociales en forma oportuna, confiable y útil. De acuerdo a los resultados de la evaluación realizada se observó lo siguiente:

Activo

El hospital reflejo en sus activos un valor de \$106.806.22 millones clasificando en corriente \$48.178.0 millones y no corriente \$58.628.22millones, siendo la cuenta más representativa deudores.

Efectivo

La cuenta de efectivo a 31 de diciembre de 2009, ascendió a \$2.366.1 millones, que comparada con el saldo a 31 de diciembre de 2008 presento una disminución porcentual del 73.2% que equivale a \$6.461.3 millones.

3.3.1 El saldo reportado en caja por valor de \$7.7 millones, corresponde a los dineros recaudados el 30 y 31 de diciembre y que quedaron pendientes de consignar, difieren de los reportes diarios de caja de tesorería en cuantía de \$8.02 millones, reflejando una diferencia de \$0.33 millones.

Además se presentan recibos manuales de caja elaborados y que están pendientes de ingresar al sistema por valor de \$0.5 millones de los meses de septiembre a diciembre de 2009.

Las anteriores situaciones desconocen lo contemplado en el numeral 2.7 del Plan General de Contabilidad Pública, en lo referente a las características de la información contable, imposibilitando la utilidad de la información a los diferentes usuarios de la misma.

Con relación a los depósitos en instituciones financieras, se tiene un valor de \$2.358.4 millones, presentando una disminución de \$6.464.3 millones distribuidos en 5 cuentas de ahorro cuatro (4) en el banco Davivienda y una (1) en el BBVA; y 4 cuentas corrientes en Bancafé, Davivienda, y Bogotá

La concentración mayor de efectivo se tiene en la cuenta destinada a la recepción de los dineros para la construcción de la obra, que luego de verificado el portafolio para la inversión de algunos dineros, se determinó que los dineros producen mayor rentabilidad en la cuenta actual, según informe del coordinador financiero.

3.3.2. Se presentan consignaciones pendientes de registrar en libros por valor de \$26.33 millones desde el 9 de julio de 2008 al 17 de julio de 2009, dichas partidas muestran una antigüedad superior a un año, lo cual permite determinar falta de gestión en la depuración de estos valores, subestimando el saldo de bancos y su correlativa, desconociendo lo contemplado en el numeral 2.6 del Plan General de Contabilidad Pública, en lo referente a los objetivos de la información contable

Salvo lo descrito en los párrafos anteriores, el saldo presentado en esta cuenta es razonable, de acuerdo al giro normal de sus operaciones.

Deudores

Este grupo se encuentra conformado así:

CUADRO 7
DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE DE 2009

Cifras en millones

CODIGO	CUENTAS	SALDO A 31-12-09
1409 –	Servicios de Salud	32.062.09
1420	Avances y Anticipos Entregados	8.195.7
1424	Recursos Entregados en Administración	494.3
1470	Otros deudores	1.336.3
1475	Deuda de Difícil Recaudo	1.694.3
1480	Provisión para deudores	-6.506.2
	TOTAL	37.276.5

Fuente: Estados contables Hospital de Meissen II Nivel E.S.E. a diciembre 31 de 2009

La cuenta de deudores a 31 de diciembre de 2009 presenta un saldo de \$37.276.5 millones, equivalente al 35%, del total de los activos, clasificados en activo corriente \$31.137.6 millones y activo no corriente \$924.5 millones, que comparado con el año anterior por valor de \$33.078.8 millones presenta un incremento de \$4.197.7 millones, debido especialmente al aumento generado en cuentas por cobrar servicios de salud, por la ampliación en la cobertura de los

servicios por la capacidad generada en la nueva Sede del Hospital. .

Deudores - Servicios de Salud

Dentro de las cuentas deudoras la más representativa es la subcuenta servicios de salud con \$32.062.1 millones que constituye el 86% de la cuenta y 31.4% del total del activo, clasificada en el balance dentro del activo corriente un saldo de \$31.137.6 millones y no corriente de por \$924.4 millones conformado así:

Este rubro tuvo un incremento del 30% que equivale a \$7.659.1 millones. Como se enuncia a continuación:

CUADRO 8
DEUDORES- SERVICIOS DE SALUD

Cifras en millones de \$

Cuenta	Rubro	SALDO A 31-DIC-2009	SALDO A 31-DIC-2008	VARIACION
140900	SERVICIOS DE SALUD	32.062.1	24.403.0	7.659.1
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	1.046.2	699.1	347.2
140902	Plan complementario –EPS	0		0
140903	Plan subsidiado de salud POSS –ARTS	12.942.5	10.089.8	2.852.7
140904	Servicios de salud- IPS privadas	1.364.2	1.145.0	219.2
140907	Servicios de salud – Particulares	521.9	364.7	157.2
140909	Servicios de salud - IPS públicas	4.700.8	3.581.1	1.119.7
140910	Servicios de salud - Entidades con régimen especial	1.849.1	1.213.2	635.9
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta	6.428.9	5.322.6	1.106.3
140912	Riesgos profesionales – ARP	13.6	11.7	1.9
140913	Cuota de recuperación	608.6	642.9	-34.3
140914	Atención accidentes de tránsito SOAT ? Compañías de seguros	952.3	644.3	308.1
140918	Atención con cargo a recursos de acciones de salud pública	17.1	0.0	17.1
140990	Otras cuentas por cobrar servicios de salud	1.616.9	688.6	928.3

Fuente: CGN2005-01 saldos y movimientos a 31 de diciembre 2009 y 2008 Hospital Meissen

Como se puede observar en el cuadro anterior el mayor incremento se genero en

cuentas por cobrar servicios de salud en la cuenta denominada Plan Subsidiado de Salud POS ARS (140903) al pasar de \$10.089.8 millones a \$12.942.5 millones en el año 2009 y a la cuenta Servicios de salud IPS públicas (140909) al pasar de \$3.581.1 millones a \$4.700.8 millones y la Atención con cargo al subsidio a la oferta (140911) al pasar de \$5.322.6 millones a \$6.428.9 millones en el año 2009,.

Plan Subsidiado de Salud POS ARS 140903

A diciembre 31 de 2009, este grupo presenta un saldo de \$12.942.5 millones según Balance General, con relación a la vigencia anterior, por valor de \$10.089.8 millones, refleja un incremento de \$2.852.7 millones, que corresponde al aumento en las cuentas glosadas, por problemas en las bases de datos por usuarios que registraban otra seguridad social, y al no pago oportuno de entidades como Humana vivir Salud Cóndor, Caprecom y Ecoopsos

Servicios de salud IPS públicas 140909

Según balance general esta cuenta presenta un incremento de \$ 1.119.7 millones, cifra que obedeció a la venta de cartera realizada por los Hospitales de la Red Pública Distrital al Hospital Meissen por concepto de hemoderivados.

Atención con cargo al subsidio a la oferta 140911

Los saldos reflejados en el balance General muestran un incremento de \$1.106.3 millones correspondientes a la ejecución de los contratos suscritos con el FFDS por concepto de atención a vinculados y servicio de ambulancia (APH).

3.3.3 La información registrada por facturación con corte a 31 de diciembre de 2009, correspondiente a facturas pendientes de radicar es de \$ 2.229.0 millones y la oficina de cartera reporta a la misma fecha la suma de \$ 2.392.9 millones presentando una diferencia de \$163.9 millones. Además, no fue posible identificar las fechas a que correspondían estas facturas, debido a que no se presentó la información necesaria para este fin. Incumpliendo con lo estipulado en el literal e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993..

La cartera por servicios de salud reportada por la entidad presentó un saldo de \$32.062.1 mostrando vencimiento superior a 360 días por valor de \$ 8.278.1 y de 181 a 360 días \$761.5 millones, que equivalen al 26% y 3% respectivamente del total de los servicios de salud, situación que obedeció a multifiliaciones, usuarios sin seguridad social, saldos del FOSYGA, entidades en liquidación, entre otros.

De igual manera la glosa definitiva aumento en \$1.027.1 millones con relación al periodo anterior, saldo que viene acumulado de vigencias anteriores.

Avances y anticipos entregados

Esta cuenta a 31 de diciembre de 2009 presenta un saldo de \$8.195.7 millones, equivalente al 22%, del total de los activos, que comparado con el año anterior por valor de \$11.230.4 millones presenta una disminución de \$3.034.8 millones, debido especialmente a la amortización del anticipo girado para la adquisición de la dotación necesaria en la prestación de los servicios generados en la nueva Sede del Hospital.

3.3.4 Verificados los pagos efectuados por la ejecución del contrato No. 177 de 2006, se observó que el giro del anticipo se hizo el 17 de enero de 2007 por valor de \$35 millones, saldo que solo se amortizo, hasta el 16 de noviembre de 2007 y 30 de diciembre de 2009, cuando el contrato estipulaba como termino de ejecución 60 días calendario.

No se tiene manual para el manejo de los recursos públicos entregados como anticipos, solo fue facilitado, por el hospital un instructivo para el pago de proveedores de fecha 29 de septiembre de 2009, versión 2, donde se *indica* “.....amortización de anticipos cuando haya lugar, teniendo en cuenta el mismo porcentaje del anticipo pagado que se pacte en el contrato”.

De igual manera la Directiva Presidencial 04 del 4 de abril de 2003, reza : Para el caso de los anticipos se establece como criterio que la entrega de recursos se realice utilizando instrumentos financieros que aseguren el manejo transparente de los recursos y su destinación exclusiva al contrato.

Deberá estipularse en los contratos estatales que la entidad pública contratante es la propietaria de los recursos entregados en calidad de anticipos y en consecuencia los rendimientos financieros que los mismos generen pertenecen al Tesoro (...)”.

Los hechos anteriores, desconocen lo contemplado con el literal a) y f) del artículo 2 y literal b del artículo 4 de la Ley 87 de 1993, en lo referente a la protección de los recursos, lo cual puede generar un daño en el patrimonio.

En el rubro de Deudas de difícil cobro, se tiene saldos conformados por deudas de empresas en proceso de liquidación por valor de \$1.694.3 millones y la Cuenta Provisión para deudores ascendió a \$6.506.2 millones, por la cartera que se tiene.

Propiedad Planta y Equipo

La Propiedad Planta y Equipo representa un 54% del total del activo, a 31 de diciembre de 2009 reflejo un saldo de \$57.388 millones, que comparado con el 2008 presento un incremento de \$8.096 millones, equivalentes al 16%, forman parte de este rubro, las construcciones en curso en cuantía de \$36.305.4 millones y Terrenos con un valor de \$1.775.2 millones .entre otras cuentas.

Los terrenos que aparecen en el balance corresponden a las adquisiciones hechas para la construcción de la edificación fase I de la Nueva –sede del Hospital, resaltando que no se tiene propiedad del terreno donde se construirá la segunda fase del Hospital, ya que este terreno esta recibido en comodato por 5 años y dentro del mismo comodato indica que las mejoras y reparaciones efectuadas en el terreno pasan a ser parte del inmueble.

El rubro de Construcciones en curso presento un incremento de \$4.039.5 millones, al pasar de \$32.265.9 millones en el 2008 a \$36.305.4 millones en el 2009, discriminados de la siguiente forma:

CUADRO 9

CONSTRUCCIONES EN CURSO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en millones de pesos)

ENTIDAD	VALOR
Consortio Interventoria Hospital Meissen	1.601.0
Consortio Constructora Hospital Meissen	34.453.0
Olga Pinzón (Planos sede Hospital)	183.0
Consortio demoliciones	68.5
TOTAL	36.305.5

Fuente Estados contables del Hospital de Meissen a 31 de diciembre de 2009

Teniendo como base los informes de avances de obra de la constructora y la interventora de la misma, se están realizando los registros en esta cuenta.

3.3.5 El rubro de construcciones en curso se encuentra sobreestimado en cuantía de \$81.8 millones y sobreestimado las cuentas de edificaciones en la misma cuantía, ocasionado por el doble registro de la causación de la factura 017 del contrato 175 de 2006

El reconocimiento y revelación de la información correspondiente a este rubro se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública.

Equipo Médico y Científico

A diciembre 31 de 2009 la cuenta 166000 presenta un saldo de \$16.832.1 millones el cual representa el 16.% del total del activo del hospital, esta cifra presento un incremento de \$10.201.7 millones, correspondiente al valor de los equipos médicos científicos de investigación y de laboratorio de propiedad del hospital,

para ser utilizados en el desarrollo de su función administrativa o cometido estatal, en la Nueva Sede.

En desarrollo de los programas de auditoria, se evidenció que la oficina de activos fijos lleva un control adecuado de sus inventarios.

3.3.6 No obstante lo anterior, no se adelantó inventario físico de los bienes muebles e inmuebles a las cuentas de Propiedad Planta y Equipo, impidiendo la depuración y actualización de los inventarios, y baja de bienes, en cumplimiento de la Resolución No 001 de 2001 de la Secretaria de Hacienda Distrital el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el Manejo y Control de los Bienes, lo cual genera incertidumbre en los saldos reflejados en estas cuentas

3.3.7 En el contrato 177 de 2006, con el Consorcio Demoliciones, en los folios 538 y 539 de la carpeta contentiva DEL CONTRATO , se relacionan elementos que deben ser reintegrados, según acta de recibo parcial de obra de fecha 16 de diciembre de 2009 por valor de \$ 14.99 millones y a folio 518 mediante acta de entrega de elementos del contrato, de fecha 26 de octubre/09, se indica que el contratista devolverá al hospital elementos por valor de \$13.2 millones, No se evidencio entrada de almacén ni recibo de caja por el ingreso de estos elementos, lo cual genera una subestimación en el efectivo y la propiedad planta y equipo, sobreestimando las cuentas por pagar por servicios prestados, en la misma cuantía.

No se evidencio el ingreso de los cuatro millones de elementos de devolutivos de la demolición, como lo contempla la modificación suscrita el 23 de mayo de 2007 en el numeral uno

Lo anterior desconoce lo contemplado en el párrafo 102 del capítulo dos, relacionado con las características de la información.

Pasivo

El pasivo a 31 de diciembre de 2009 presenta un saldo de \$25.925.5 millones, clasificados en pasivo corriente \$24.404.0 millones y pasivo no corriente \$1.521.4 millones, que comparado con el año anterior por valor de \$26.746.2 millones presenta una disminución de \$820.7 millones, debido especialmente a la reclasificación de los ingresos recibidos por anticipado por la construcción de la nueva Sede del Hospital

Cuentas Por Pagar

Las cuentas por pagar con un saldo de \$ 23.679.5 millones y que corresponde al 91% del total del pasivo, en especial el rubro de Bienes y Servicios por valor de \$19.656.3 millones y Avances y anticipos recibidos con un porcentaje de participación del 11% por valor de \$2.856 millones, conformado de la siguiente manera:

CUADRO 10
COMPOSICION DE LAS CUENTAS POR PAGAR

Valor en millones

CODIGO CONTABLE	NOMBRE	SALDO FINAL A 31-12-2009	SALDO FINAL A 31-12-2008
200000	Pasivos	25.925.5	26.746.2
240000	Cuenta Por Pagar	23.679.5	16.894.8
240100	Adquisición de Bienes y Servicios Nacionales	19.656.3	13.557.1
242500	Acreedores	315.8	188
243600	Retención en la fuente e impuesto de timbre	830.7	672.4
245000	Avance y Anticipo Recibidos	2.856	2.454.6
245500	Depósitos recibidos en garantía	20.7	22.8

Fuente: Cifra tomadas de los Estados Contables a Dic-31-09

Como se puede observar en el cuadro anterior la cuenta más representativa corresponde a la adquisición de bienes y servicios por valor de \$19.656.3 millones que equivale al 83% del total de las cuenta por pagar

En lo que hace referencia a la adquisición de bienes y servicios se refleja un incremento de \$6.099.2 millones, con relación a la vigencia 2008, representado en la adquisición de los bienes y servicios para la prestación del servicio de salud

En el numeral 5 de la cláusula cuarta Obligaciones del contratista estipula “ *La vigilancia y seguridad del inmueble del predio tanto en el horario diurno como nocturno, será por cuenta del contratista desde la fecha en que el supervisor del contrato lo entregue al contratista para iniciar los trabajosEl contratista*

contratara los servicios de vigilanciacon la misma compañía de vigilancia que presta sus servicios al hospital”.

El 4 de noviembre de 2009, se autoriza un descuento de \$ 6.5 millones para pago de vigilancia, pero en los pagos parciales no se registra dicho descuento. Además no se evidencio pago de vigilancia anterior, situación que puede generar un posible detrimento en el Erario Público.

3.3.8 Según oficio CMHM 052 del 6 de febrero de 2007, el coordinador de mantenimiento, informo sobre el retiro de elementos y materiales de la demolición por parte del contratista, no se evidencio oficio de requerimiento sobre este tema, desconociendo lo contemplado en el parágrafo 2 de la cláusula 4 del contrato, en concordancia con el literal a) y f) del artículo 2 y literal b del artículo 4 de la Ley 87 de 1993, en lo referente a la protección de los recursos, lo cual puede generar un daño en el patrimonio.

El informe sobre cuentas por pagar por edades presentó deudas un saldo vencido en cuantía de \$13.802.7 millones, de los cuales se tienen con vencimiento superior a 360 un saldo de \$2.020.6 millones y superior a 180 y menor de 360 días un valor de \$1.727.1 millones, lo cual le puede generar sanciones al hospital por incumplimiento de los términos contractuales en lo que hace referencia a la forma de pago.

Una vez verificados selectivamente los soportes de los registros se concluye que la cuenta presenta razonabilidad en su saldo, excepto por lo enunciado en los párrafos anteriores

Ingresos

Durante el periodo objeto de estudio la entidad obtuvo ingresos por valor de \$81.638.27 millones por la venta de servicios de salud, discriminados así:

CUADRO 11
COMPOSICIÓN DE LOS INGRESOS

Cifras en millones de \$

CUENTA	VALOR
Venta de Servicios	81.068.1
Operaciones Interinstitucionales	24.4
Otros Ingresos	545.7
Saldo a diciembre 31 de 2009	81.638.2

Fuente : Cifra tomadas de los Estados Contables a Dic-31-09

Los ingresos presentaron una variación del 27% en cuantía de \$ 16.982.2 millones con relación a la vigencia anterior, por la ampliación en la cobertura de los servicios de ARS, EPS, otros particulares y venta de hemoderivados.

3.3.9 Los ingresos por venta de servicios se causan directamente a través de la interfase de facturación, con la expedición de la factura automáticamente se afecta la contrapartida de cuentas por cobrar o caja, al presentarse información diferente en los reportes de facturación y cartera genera incertidumbre en los saldos de este rubro desconociendo lo contemplado en el párrafo 117 del numeral 2.8 del capítulo 1 y párrafo 264 del numeral 2.9.1.4.1 del capítulo 1 del Plan General de Contabilidad Pública.

50 Gastos

Los gastos presentaron una variación de \$2.521.0 millones (12%) y los costos un incremento de \$14.461.2. millones que equivalen al 20.3% con relación a la vigencia anterior .

Durante el periodo 1 de enero a diciembre 31 de 2009, la entidad en desarrollo de su misión institucional registró gastos que ascendieron a \$23.308.5 millones, de los cuales el 79% se encaminaron a cubrir lo gasto administrativo para el cumplimiento de su objeto social.

CUADRO 12
COMPOSICIÓN DE LOS GASTOS

Cifras en millones de \$

CUENTA	VALOR
Administración	18.341.7
De operación	11.3
Provis. Agotamiento Deprec .y Amortiz	3.717.6
Otros Gastos	4.556.6
Cierre de ingresos gastos y costos	-3.318.7
Saldo a diciembre 31 de 2009	23.308.5

Fuente : Cifra tomadas de los Estados Contables a Dic-31-09

Respecto a la composición de los gastos de administración se reflejan los causados para el desarrollo del objeto social de la ESE, para lo cual el más representativo son los gastos administrativos, originados por el pago de sueldos y salarios, contribuciones imputadas y efectivas, aportes sobre la nómina, gastos generales e impuestos, tasas y contribuciones. Le siguen provisiones, depreciaciones, gastos de inversión social.

La provisión de cartera generó un incremento que obedeció al aumento de cartera.

De la muestra seleccionada se verificó que los registros se realizaran de acuerdo a lo normado.

CONTROL INTERNO CONTABLE

Aspectos Generales

El hospital cuenta con un área contable y financiera para el desarrollo de las actividades inherentes a su cometido social.

Se tienen procesos que se han venido actualizando, pero se requiere de cambio de algunos de estos procesos por el nuevo aplicativo

Se llevan los libros oficiales mayor y balances, libro diario en copia dura y los auxiliares en medio magnético, que permiten una consulta amigable de la información haciendo dispendiosa y no confiable la misma

Se adelantaron conciliaciones de operaciones recíprocas con algunas de las entidades que se efectuaron transacciones, proceso que se continúa de manera trimestral.

Las notas a los estados contables permiten conocer información adicional sobre las transacciones hechos y operaciones del Hospital, así como la desagregación de cifras contables en términos de precio y cantidad.

Para el manejo de la información se tiene en la página WEB los manuales de consulta de SIGMA

3.3.10 La oficina asignada a contabilidad es compartida con presupuesto, Tesorería, costos, entre otras, presentando deficiencia en las instalaciones físicas, poca aireación y hacinamiento de los funcionarios y la papelería que allí se maneja, desconociendo lo contemplado en la Ley 87 de 1993

Revisados los registros plasmados en los libros oficiales de contabilidad contra la información reportada a la Contraloría en los Formatos CGN2005-001 y CGN2005-002 no se presentó diferencia a resaltar.

3.3.11 Los libros auxiliares no presentan la descripción detallada de las transacciones y operaciones generadas por el hospital, que permitan un

seguimiento y control de los registros allí consignados Desconociendo lo contemplado en el párrafo se 344 del numeral 2.9.2.3 del Plan General de Contabilidad Pública.

Aspectos Específicos

Con relación al área del activo

Se realizan las conciliaciones de manera mensual con el área de tesorería, ajustando las diferencias de manera oportuna cuando así lo permitan los soportes.

El hospital Meissen tiene registro de sus propiedades planta y equipo a través del inventario, debidamente actualizado de acuerdo a las depreciación en línea recta que efectúa directamente el sistema de los elementos en forma individual, efectuándolas valorizaciones de acuerdo a lo normado.

Se entregaron elementos de la antigua Sede del Hospital para dar de baja por el almacén con su respectiva acta de entrega y el concepto técnico de no uso, retirando de los estados contables.

Se efectuó visita al almacén con el fin de verificar la disposición de los elementos en bodega y verificar los elementos para dar de baja, determinando que estos se encuentran dispuestos en una azotea de la bodega de uno de los predios alquilados para este fin, expuestos al deterioro físico por los cambios de clima, además no presentan protección ni cuidado alguno, corriendo el riesgo de pérdida o de un menor valor al rematarlos en el martillo,

Se tiene en bodega elementos y maquinaria nueva, que según informe del almacenista son elementos para dotación de la nueva sede y de Nutrición que aún no se ha efectuado su traslado ni adecuación en el nuevo edificio.

De estos bienes se elabora mensualmente la conciliación con contabilidad y se hacen los ajustes reflejados en las mismas a fin de presentar saldos reales.

Área del pasivo

Los contratos presentaron la documentación necesaria para la verificación y registro de las diferentes transacciones originadas en el hospital, salvo algunas excepciones, los comprobantes de egreso facilitados en el proceso auditor contenían los soportes respectivos, que permitieron aplicar las pruebas respectivas para la verificación de las transacciones y registro generados

Cuentas de resultado

Los ingresos y los gastos se registran oportunamente en la vigencia a la cual corresponden salvo algunas excepciones que ocasionan ajustes a ejercicios anteriores

Se esta aplicando el principio de causación para el registro de están cuentas.

Se efectúa conciliación de manera trimestral de las operaciones recíprocas que el ente tiene con otros organismos dejando como soporte la conciliación en físico con los soportes respectivos, además se maneja hoja en Excel para su seguimiento y control.

Luego de aplicada la evaluación al control interno contable se determino que este es confiable

Indicadores Financieros

Analizado los principales indicadores financieros de la Entidad, se pudo determinar que en el indicador de prueba acida o corriente disponible, el Hospital cuenta con \$1.97 .para cubrir sus pasivos a corto plazo sin tener que recurrir a la venta de su activos

Se presenta un grado de apalancamiento del 43% correspondiente a la participación de los acreedores en lo activos del hospital, determinado por El indicador de endeudamiento total.

El Periodo promedio de cobro y Periodo promedio de pagos El comportamiento de la caja esta relacionado con los pagos ya que al presentar aumento o disminución en el promedio de días en el cobro de igual manera se presenta en los cobros, estos indicadores presentaron como resultado 120 y 126 días respectivamente. Se observa que en comparación con las vigencias anteriores se aumentaron los promedios de pago. El incremento en el promedio de cobro se origino principalmente por incumplimiento de los acuerdo de pago que se tenían con algunos pagadores.

Rentabilidad sobre el patrimonio y Rentabilidad sobre los activos. Los resultados obtenidos del -4.10 y % y -3.11% fueron los más bajos de los últimos años, debido especialmente al aumento de los gastos y los costos generados por la contratación de mano de obra especializada, el aumento en los precios de los medicamentos y especialmente a la puesta en marcha de la Nueva Sede del Hospital .

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos anteriores, los estados contables presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Hospital Meissen II Nivel E.S.E. a 31 de diciembre de 2009, los resultados de las operaciones por el año que terminó en esta fecha, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y principios de contabilidad prescritos por la Contaduría General de la Nación.

3.4. EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

En desarrollo de la auditoría al Hospital Meissen por la vigencia 2009 se evaluaron en forma selectiva algunos rubros presupuestales tanto en la ejecución activa, como son: FFDS-Atención a Vinculados, FFDS - Venta de servicios sin situación de Fondos, Régimen Contributivo- EPS, Régimen Subsidiado- ARS No Capitado, Cuentas Por Cobrar Venta de Servicios, FFDS; como en la ejecución pasiva del presupuesto como son: Mantenimiento ESE, Cuentas por Pagar Funcionamiento, Compra de bienes, Adquisición de servicios, Cuentas por pagar Comercialización, Infraestructura, Dotación, Sistemas de información en salud automatizados, Cuentas por pagar comercialización Unidad Ejecutora 1, Cuentas por Pagar Inversión, Material médico quirúrgico y Cuentas por pagar comercialización Unidad Ejecutora 2.

Liquidación del Presupuesto

El presupuesto del Hospital Meissen para la vigencia 2009 fue liquidado por el Gerente del Hospital mediante la Resolución 168 del 24 de noviembre de 2008 por un monto de \$73.741.89 millones. Previamente el CONFIS aprobó el presupuesto del hospital tanto para ingresos, como para gastos de funcionamiento, gastos de operación e inversión a través de la Resolución 015 del 5 de noviembre de 2008, por valor de \$73.741.89 millones, siendo su conformación la siguiente:

CUADRO 13
PRESUPUESTO APROBADO HOSPITAL MEISSEN VIGENCIA 2009

(En millones de pesos)

DISPONIBILIDAD INICIAL	INGRESOS CORRIENTES	RECURSOS DE CAPITAL		TOTAL INGRESOS + DISPONIBILIDAD
4.695,53	69.021,36	25		73.741.89
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	GASTOS DE OPERACIÓN	INVERSIÓN	DISPONIBILIDAD FINAL	TOTAL GASTOS, INVERSIÓN Y DISPONIB. FINAL
19.944,25	50.109,60	3.688,04	0	73.741,89

FUENTE: Ejecución Presupuestal Hospital Meissen II Nivel de Atención ESE



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Al cierre de la vigencia fiscal 2009, tomando en cuenta las adiciones que tuvo el presupuesto en el curso del año la presentación global del presupuesto del Hospital Meissen II Nivel de Atención Empresa Social del Estado se incrementó en 41.18%, quedando como se presenta a continuación:

CUADRO 14
PRESUPUESTO INICIAL
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE ATENCIÓN - ESE

(En millones de pesos)

DISPONIBILIDAD INICIAL	INGRESOS CORRIENTES	RECURSOS DE CAPITAL		TOTAL INGRESOS + DISPONIBILIDAD
6.083.21	95.892.07	2.131.94		104.107.22
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	GASTOS DE OPERACIÓN	INVERSIÓN	DISPONIBILIDAD FINAL	TOTAL GASTOS, INVERSIÓN Y DISPONIB. FINAL
21.643,23	65.051,57	17.412,41	0	104.107.21

FUENTE: Ejecución Presupuestal Hospital Meissen II Nivel de Atención ESE

Modificaciones efectuadas Durante La Vigencia 2009

En el curso de la vigencia 2009, en el Hospital Meissen se realizaron 18 modificaciones presupuestales, siendo nueve de ellas adiciones, las cuales ascendieron a un monto de \$30.365.33 millones; en tanto que las otras nueve (9) correspondieron a traslados presupuestales los cuales no modificaron el valor total de las apropiaciones; estas ascendieron a un valor de \$7.183.23 millones.

Las adiciones que tuvo el presupuesto en el curso de la vigencia 2009 fueron las siguientes:

CUADRO 15
ADICIONES PRESUPUESTALES VIGENCIA 2009
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL DE ATENCIÓN - ESE

(En millones de pesos)

ACTO ADMINISTRATIVO	VALOR	JUSTIFICACIÓN
Resolución 62 de 27 de abril de 2009.	7.601.38	Ajuste presupuestal, resultante del cierre presupuestal y financiero de la vigencia fiscal 2008.
Resolución de la Gerencia del Hospital Meissen No. 100 de 30 de junio de 2009.	1.834.79	Debido a la adición al presupuesto de ingresos, gastos e inversión aprobada por el CONFIS mediante la Resolución 009 del 30 de junio de 2009 y publicada en el Registro Distrital No. 4232 de la misma fecha.
Con el Acuerdo No. 011 de 29 de julio de 2009 y Resolución de Gerencia No. 128 de 19 de agosto de 2009.	4.000.00	Adición 7 y proroga 3 al convenio interadministrativo de cooperación No. 903 de 2006 suscrito entre el FFDS y el Hospital Meissen; además se aprobó afectar el presupuesto de 2010 con el certificado de afectación de vigencia futura No 5 de 29 de Mayo de 2009 por \$1.664.00 millones, los cuales se utilizarán en Bogotá Positiva, para vivir mejor, en el rubro infraestructura.
Resolución 140 de 28 de Agosto de 2009.	2.106.94	Adición aprobada por el CONFIS mediante la Resolución No. 012 de 27 de Agosto de 2009, publicada en el Registro Distrital No.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ACTO ADMINISTRATIVO	VALOR	JUSTIFICACIÓN
		4268 de 28 de Agosto de 2009.
Resolución 142 de 31 de Agosto de 2009.	2.703.91	Prorroga adición y modificación al contrato interadministrativo No. 463 de 2007, de compra y venta de servicios de salud, suscrito entre el FFDS y el Hospital Meissen II Nivel de Atención –ESE.
Resolución 167 de 16 de Octubre de 2009.	1.383.10	Aprobación efectuada por el CONFIS mediante la Resolución No. 018 de 14 de Octubre de 2009, publicada en el Registro Distrital No. 4301 de 16 de Octubre de 2009.
Resolución de Gerencia 183 de 30 de Octubre de 2009.	5.699.41	Concepto previo No. 68 de 27 de Octubre de 2009 sobre Adición de recursos provenientes de la Prorroga y Adición No. 11 y 12 al contrato interadministrativo No. 463 de 2007 de compra y venta de servicios, suscrito entre el FFDS y el Hospital Meissen II Nivel de Atención ESE, siendo emitido concepto favorable por la Junta Directiva del Hospital con el Acuerdo 23 de 28 de Octubre de 2009 y mediante el oficio 2009EE938085 de 30 de Octubre de 2009, la Secretaría de Hacienda – Dirección Distrital de Presupuesto refrendó la operación presupuestal contenida en el Acuerdo 23 de la Junta Directiva
Resolución 197 de 26 de Noviembre de 2009.	3.100.00	Aprobación efectuada por el CONFIS, mediante la Resolución No. 023 de 26 de Noviembre de 2009, publicada en el Registro Distrital No. 4328 de 26 de Noviembre de 2009.
Resolución No. 224 de 22 de Diciembre de 2009.	1.935.80	Concepto previo No. 107 de 16 de Diciembre de 2009 de la Secretaría de Salud, sobre Adición de recursos provenientes de la Prorroga y Adición No. 13 al contrato interadministrativo No. 463 de 2007 de compra y venta de servicios de salud, suscrito entre el FFDS y el Hospital Meissen II Nivel de Atención ESE.

FUENTE: Actos Administrativos por los que se adicionó el presupuesto en la vigencia 2009

3.4.1 El Gerente del Hospital Meissen omitió las disposiciones que establecen que el proyecto de presupuesto debe ser aprobado por la Junta Directiva del hospital (Numeral 4. Artículo 12 del Acuerdo Distrital No. 17 de 1997; Acuerdo 014 de 30 de Julio de 1998 expedido por la Junta Directiva del Hospital Meissen) y lo contemplado en el Artículo 14 del Decreto 195 de 2007, el cual prescribe que: *“El Representante Legal enviará el proyecto de presupuesto... previo concepto favorable de la Junta o Consejo Directivo”*, así mismo, el Acuerdo 17 de 1997 norma superior, consagra *“Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual y las operaciones presupuestales de crédito...”*. Para el caso, de aprobación del proyecto de presupuesto, el Decreto 195 de 2007 establece *“concepto favorable”*, el cual operó para el proyecto de presupuesto por valor de \$69.619.96 millones, mediante el Acuerdo 15 de 17 de Octubre de 2008 y no para el presupuesto liquidado por \$73.741.89 millones.

El CONFIS mediante la Resolución 15 de 2008, aprobó el presupuesto de ingresos y gastos de los 22 hospitales distritales por un monto de \$878.903.21 millones, correspondiéndole al Hospital Meissen un valor de \$73.741.89 millones. Mediante la Resolución No. 168 de 24 de noviembre de 2008 expedida por el Gerente del Hospital Meissen, liquidó el presupuesto de rentas e ingresos y de gastos e inversiones del hospital Meissen para la vigencia fiscal 2009, por valor de \$73.741.89 millones, sin que la Junta Directiva emitiera concepto favorable y

menos aprobación al proyecto final de presupuesto para la vigencia fiscal 2009 del Hospital Meissen.

El Director Financiero de la Secretaría de Salud mediante el oficio radicado con el No. 148369 de 18 de noviembre de 2008 informó al Gerente del Hospital Meissen acerca de la aprobación por el CONFIS del plan financiero de los 22 hospitales para la vigencia 2009, señalando que se aprobó aumentos en algunos conceptos en ingresos corrientes del Hospital Meissen, como son: población vinculada con situación de fondos por \$3.107.43 millones y en población desplazada por \$1.014.50 millones, para una cuota adicional de \$4.121.93 millones, recomendando a renglón seguido *“... adelantar la liquidación del presupuesto 2009 y remitir a esta Secretaría (dentro de los 5 días siguientes) el acto administrativo de la Junta Directiva, teniendo en cuenta las recomendaciones para la liquidación del presupuesto mencionadas en el oficio de notificación de cuota ...”*

La Gerencia del Hospital Meissen, no puso a consideración de la Junta Directiva el proyecto de Presupuesto de Rentas e Ingresos y Gastos e Inversión de la vigencia fiscal 2009, que sirvió de base para liquidar el presupuesto de la mencionada vigencia, ya que la Junta Directiva emitió un concepto favorable a un proyecto inicial por valor de \$69.619.96 millones, que no fue el liquidado, en razón a que el finalmente liquidado fue por valor de \$73.741.89 millones.

El Gerente al omitir la aprobación y el concepto favorable de la Junta Directiva del proyecto final de Presupuesto de Rentas e Ingreso y Gastos e Inversiones vigencia fiscal 2009, del Hospital Meissen, infringió lo establecido en el Numeral 4. del Artículo 12 del Acuerdo 17 de 1997 expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. y en el literal d) del Artículo 6° del Acuerdo 014 de l 30 de Julio de 1998 expedido por la Junta Directiva del Hospital Meissen que contemplan que la Junta Directiva tiene entre sus funciones la de analizar y aprobar el proyecto de presupuesto y las operaciones de crédito de la Empresa social del Estado y las funciones consagradas para la gerencia del hospital, en concordancia con la Ley 734 de 2002.

Ejecución Activa

El presupuesto inicial de Rentas e Ingresos del Hospital Meissen para la vigencia fiscal 2009, sin incluir la disponibilidad inicial, ascendió a \$69.046.36 millones, siendo adicionado en el curso de la vigencia a \$98.024.00 millones, es decir se incrementó en un 41.97% equivalentes a \$28.977.65 millones. El presupuesto de Rentas e Ingresos del Hospital, incluida la disponibilidad inicial ascendió a un valor de \$104.107.22 millones; la disponibilidad inicial del hospital pasó de \$4.695.53 millones al comienzo de la vigencia a \$6.083.21 millones al término de la misma.

CUADRO 16
PRESUPUESTO DE INGRESOS VIGENCIA 2009
HOSPITAL MEISSEN II Nivel de Atención ESE

(En millones de pesos)

RUBRO PRESUPUESTAL	PPTO. DEFINITIVO (1)	RECAUDO ACUMULADO (2)	% EJEC. (3)=(2/1*100)	SALDO POR RECAUDAR (4)=1-2
DISPONIBILIDAD INICIAL	6.083.21	6.083.21	100,00	0
INGRESOS CORRIENTES	95.892.07	70.316.27	73,33	25.575.80
FFDS - Atención a Vinculados	32.969.09	32.343.99	98,10	625.100.463
FFDS - PIC	220.00	205.82	93,55	14.181.086
FFDS - APH	1.727.93	1.021.93	59,14	705.995.616
FFDS - Venta de Servicios sin Situación de Fondos	1.647.66	1.647.66	100,00	0
FFDS - Otros ingresos	1.125.21	182.11	16,18	943.103.918
Régimen Contributivo - EPS	2.000.62	739.07	36,94	1.261.549.425
Régimen Subsidiado - ARS Capitado	7.955.39	7.998.32	100,54	-42.925.486
Régimen Subsidiado - ARS no Capitado	13.115.20	6.319.99	48,19	6.795.218.653
Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT	444.61	254.83	57,32	189.772.065
Cuotas de Recuperación y Copagos	2.180.02	1.589.57	72,92	590.451.299
Fondo de Desarrollo Local	1.600.00	0	0,00	1.600.000.000
Entes Territoriales	740.04	8.44	1,14	731.600.526
Otros Pagadores por Venta de Servicios	7.834.85	3.254.24	41,54	4.580.611.032
Cuentas por Cobrar Venta de Servicios	18.281.96	10.692.32	58,49	7.589.647.369
Otras Rentas Contractuales - Convenios	4.037.62	4.037.62	100,0	0
RECURSOS DE CAPITAL	2.131.94	2.227.85	104,50	-95.915.019

Fuente: Ejecución Presupuestal 2009 e información SIVICOF. Hospital Meissen II-Nivel ESE

Durante el año fiscal 2009, el presupuesto del Hospital no presentó reducciones ni suspensiones.

En el curso de la vigencia fiscal 2009, el Hospital Meissen obtuvo ingresos por valor de \$72.544.12 millones, equivalentes al 74.01% del presupuesto definitivo, dejando de recaudar un monto de \$25.479.89 millones; debido a que se sobreestimaron algunos rubros presupuestales como son FFDS – APH, FFDS – Venta de servicios sin situación de fondos, Régimen contributivo EPS, Régimen

subsidiado ARS no Capitado, Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito, Cuotas de recuperación y Copagos, Fondos de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros pagadores por Venta de Servicio. Frente a la vigencia fiscal 2008 el recaudo de ingresos fue menor, ya que en esa vigencia la ejecución activa muestra un recaudo de \$77.544.99 millones, es decir que se recaudaron \$5.000.87 millones menos; frente a ingresos más disponibilidad inicial el recaudo fue por valor de \$78.627.33 millones equivalentes al 75.53%, dejándose de recaudar el valor mencionado anteriormente, al confrontar estos ingresos a la ejecución de Gastos e inversiones, la cual fue de \$103.519.88 millones, equivalentes al 99.44%, se aprecia que la ejecución pasiva fue mayor que la activa.

Ingresos Corrientes con ejecución más baja

Los rubros presupuestales cuya ejecución presupuestal incidieron mayormente en los ingresos dejados de percibir fueron los siguientes:

FFDS – APH

De un presupuesto definitivo de \$1.727.93 millones, recaudó 1.021.93 millones, es decir que refleja una ejecución del 59.14%.

FFDS – Otros Ingresos

Al término de la vigencia fiscal 2009 el presupuesto definitivo ascendía a \$1.125.21 millones, siendo recaudados \$182.11 millones, equivalentes al 16.18%.

Régimen Subsidiado – ARS no Capitado

De un presupuesto definitivo de \$13.115.21 millones, en el curso del año 2009 el Hospital recaudó \$6.319.99 millones con una ejecución del 48.19%.

Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito

Este rubro presupuestal al término de la vigencia tenía una apropiación definitiva de \$444.61 millones, ejecutándose el 57.32% equivalentes a \$254.83 millones.

Entes Territoriales

De un presupuesto definitivo de \$740.04 millones recaudó tan solo 8.44 millones, lo que representa el 1.14%.

Otros Pagadores por venta de servicios

A 31 de Diciembre de 2009 el Hospital, tenía este rubro con presupuesto definitivo de \$7.834.85 millones, recaudando al termino de la vigencia \$3254.24 millones, los que representan el 41.54%.

Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios - ECAT

De un estimado de ingresos de este rubro de \$ 410.29 millones, se recuperaron \$190.33 millones, es decir se recuperó el 46.39%.

Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios - Fondo de Desarrollo Local

Por este concepto, se obtuvieron ingresos por \$2.121.18 millones, de un presupuesto definitivo de \$4.639.64 millones, es decir se recaudó el 45.72% de lo presupuestado.

Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios – Otros Pagadores

En la vigencia 2009 se obtuvieron ingresos por este rubro por valor de \$1.651.58 millones, de un presupuesto definitivo de \$4.814.90 millones, representando el 34.30% del valor estimado para recaudar en el curso del año.

Facturación del Hospital en la vigencia 2009

La facturación del Hospital en la vigencia 2009 creció el 26% frente a lo facturado en la vigencia 2008, ya que en el 2009 se facturó \$75.528.17 millones, mientras que en el 2008 se facturaron \$60.161.81 millones. Dentro de esta, la efectuada a las EPS subsidiadas en la modalidad de evento, se incrementó el 44% frente a la vigencia anterior, ya que de \$10.125.30 millones que se facturaron en la vigencia 2008, se pasó en el 2009 a \$14.591.25 millones, situación debida al incremento de usuarios afiliados al régimen subsidiado y a la ampliación del POS Subsidiado; asimismo, en la modalidad de capitación se tuvo un incremento del 21%, pasando de facturarse \$7.602.84 millones en el 2008, frente a \$9.206.90 millones en el 2009; lo anterior en concordancia con lo mencionado anteriormente.

Los contratos suscritos con la Secretaría Distrital de Salud (FFDS, FFDS Desplazados, Ambulancias y PAB) tuvieron un incremento del 12%, ya que pasaron de facturar \$29.311.55 millones en la vigencia 2008 a \$35.162.42 en el 2009; sin embargo la participación de los contratos suscritos con SDS se redujo un 6%, al pasar de 55% en el 2008 a 49% en el 2009.

Las EPS régimen contributivo muestran un crecimiento en la facturación del 38%, pasando de \$1.117.45 millones en el 2008 a \$1.538.03 millones en el 2009., incremento debido a la subida en la demanda espontánea por el pico epidemiológico por enfermedades respiratorias.

Dentro del grupo de otros pagadores se incluyen los entes territoriales, Aseguradoras de Riesgo Profesionales (ARP) e IPS privadas, las que en el curso de la vigencia fiscal 2009 se incrementaron el 58%, ya que en el 2008 se facturaron \$729.43 millones, en tanto que en el 2009 se facturaron 1.150.82 millones.

El cobro de Copagos se incrementó un 2%, influyendo en el incremento de la facturación en el 7%, pues de un recaudo de \$1.489.84 millones del 2008, se pasó a \$1.589.57 millones en el 2009.

El FFDS disminuyó un 6% su participación sobre el total de la facturación, ya que pasó del 55% en el 2008 al 49% en el 2009. La participación de las EPS Subsidiadas pasó de 16.83 en la vigencia 2008 al 19.32 en la vigencia 2009.

Glosa Definitiva

La glosa definitiva por EPS – S, SOAT, EPS – C, Entes Territoriales y otros pagadores disminuyó el 39%, ya que pasó de \$1.744.17 millones en la vigencia 2008 a \$1.068.14 en la vigencia 2009.

Conciliación de Glosas

Este tema está directamente relacionado con las glosas definitivas, en las cuales se efectúa un proceso previo de respuesta, ya que algunos pagadores adelantan conciliación directa. A 31 de diciembre de 2009 se efectuaron conciliaciones por \$3.514.57 millones, de los que \$1.068.13 millones corresponden a valores aceptados por el Hospital y \$2.446.44 son valores a pagar a favor del Hospital; en tanto que en la vigencia 2008 se conciliaron \$7.234.11 millones de los que \$2.738.90 fueron valores aceptados por el Hospital Meissen y \$4.495.21 fueron valores a pagar al Hospital.

Ejecución Pasiva

El presupuesto de Gastos e inversiones del Hospital Meissen se maneja a través de dos (2) Unidades Ejecutoras; la primera en la que se incluyen todas las actividades propias del hospital y la segunda con la que se registran los gastos del hemocentro. El Hospital Meissen tenía a 31 de Diciembre de 2009 un presupuesto

de Gastos de Funcionamiento, Operación e Inversión más disponibilidad final de \$104.107.22 millones, distribuidos en gastos de funcionamiento \$21.6438.21 millones equivalentes al 20.79%; gastos de operación \$65.051.57 millones, equivalentes al 62.48% y para inversión \$17.412.41 millones, equivalentes al 16.73%.

El Hospital, con miras a la armonización de metas del Plan de Desarrollo Institucional 2009 implementó el objetivo *“Al servicio de la vida: Un hospital más humano con calidad, calidez y eficiencia con el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Positiva: Para vivir mejor” con el fin de dar cumplimiento a las estrategias y programas establecidos en cada uno de los objetivos distritales desde nuestra participación como una entidad prestadora de servicios de salud de II Nivel de Atención*” Para cumplir este objetivo se tiene la meta de *“Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población de la localidad de Ciudad Bolívar y el Distrito Capital, articulando los objetivos distritales sectoriales e institucionales y dando cumplimiento a las metas de salud del Distrito Capital.”* Para alcanzar esta meta, se programaron 10 actividades, las que se cumplieron a cabalidad, estas actividades están incorporadas dentro de la plataforma estratégica, en la que se formuló el Plan de Intervención Colectiva (PIC) de impacto social, el cual está soportado en tres (3) planes de acción: El Plan de Intervención Colectiva Impacto Social, Plan de Intervención Colectiva Ambiental y el Plan Institucional de Gestión Ambiental, el que está incluido dentro del SAMA, el cual hace parte del objetivo distrital Finanzas Sostenibles. El reporte de indicadores de seguimiento a las metas distritales por la vigencia 2009 tuvo un porcentaje de metas de cumplimiento del 87.5%.

El Hospital Meissen dentro del objetivo estructurante Ciudad de Derechos, adelantó el programa Bogotá Sana, para lo cual ejecutó 17 productos con sus respectivos indicadores

En desarrollo de la ejecución pasiva en el curso de la vigencia 2009, el Hospital Meissen expidió 19.133 Certificados de Disponibilidad Presupuestal Y 18.920 Certificados de Registro Presupuestal; asimismo, se efectuaron 30.867 giros presupuestales por valor de \$77.198.82 millones, los cuales conllevaron a reflejar la situación presupuestal presentada por el Hospital Meissen al final del año fiscal. Al término de la vigencia fiscal 2009, el hospital refleja una ejecución pasiva de \$103.519.88 millones, equivalentes al 99.44%, con unos giros presupuestales por \$77.198.82, tal como se indicó arriba; lo que frente al presupuesto disponible de \$104.107.22 millones deja entrever una buena planeación del presupuesto de gastos e inversiones del Hospital.

Gastos de Funcionamiento.

La ejecución presupuestal de Gastos de funcionamiento del Hospital Meissen a 31 de Diciembre de 2009, fue de \$21.404.06, de un presupuesto disponible de \$21.643.21 millones, lo cual corresponden a una ejecución porcentual del 98.89%. Por este rubro se cancelan todas las obligaciones adquiridas por el Hospital en el desarrollo normal de las actividades administrativas, y de apoyo. Los rubros que integran los gastos de funcionamiento, en su gran mayoría muestran ejecuciones presupuestales por encima del 90%, reflejando una buena planeación para presupuesto de gastos de funcionamiento.

El rubro de Servicios personales muestra una ejecución de \$1.406.80 millones, de un presupuesto disponible de \$1.442.41 millones, en tanto que se efectuaron giros presupuestales por el mismo valor de lo ejecutado, es decir, \$1.406.80 millones, con unos giros presupuestales del 100%. Este rubro dentro de los gastos de operación del hospital, tuvo una ejecución de \$4.133.90 millones, de un presupuesto disponible de \$4.156.61 millones, lo cual nos muestra una ejecución del 99.45%; lo anterior nos deja entrever que por servicios personales el Hospital gastó \$5.540.70 millones, a los que se les puede adicionar los gastos incurridos por honorarios y remuneración por servicios técnicos, los cuales ascendieron a \$171.03 millones y \$8.477.64 millones respectivamente, lo cual da un gran total de \$14.189.37 millones.

Los gastos de funcionamiento ejecutados de la vigencia 2009 tuvieron un incremento de 24.50%, frente a los ejecutados en el 2008, ya que pasaron de \$18.753.38 millones en el 2008 a \$21.404.06 en el 2009.

Gastos de Operación

El Hospital Meissen a 31 de Diciembre de 2009 tenía un presupuesto disponible por este concepto de \$65.051.57 millones, de los que se ejecutaron \$64.937.96, equivalentes al 99.83%. Por este rubro se pagan todas las obligaciones del hospital para prestar los servicios de salud a la población que atiende como son los servicios personales del personal asistencial, los logros de los trabajadores por convenciones colectivas, aportes patronales, compra de medicamentos y material quirúrgico, adquisición y mantenimiento a los equipos del área asistencial, entre otros.

Gastos de Inversión

El Hospital Meissen programó las inversiones en salud de los beneficiarios de sus servicios, en la vigencia 2009 mediante la matriz actualización de proyectos de inversión, correspondiente al Plan de Intervenciones Colectivas "PIC", quedando únicamente como inversión financiera lo relacionado con infraestructura, dotación del hospital y la implementación del nuevo software y hardware pertinente.

El hospital en el curso de los últimos tres (3) años ha invertido cerca de \$69.258.94 millones, con miras a tener una sede apropiada como sede de la parte asistencial del mismo, para alcanzar este objetivo suscribió el convenio 903 de 2006 con el FFDS. Previo a lo anterior, el Hospital suscribió el convenio 827 de 2005, con miras a efectuar la compra de terrenos y adelantar los estudios y diseños del mismo.

Dentro del convenio 903 de 2006, también se contempla la dotación del hospital, habiéndose incurrido en gastos por este concepto por el orden de \$18.080.69 millones discriminados en \$13.330.60 millones por equipos biomédicos, \$2.257.89 millones por dotación administrativa edificio asistencial, \$1.597.74 millones por sistemas edificio asistencial y administrativa y Software HEON \$894.45 millones.

Los gastos del Hospital, destinados en el curso de la vigencia 2009 para inversión ascendieron a un monto de 17.412.41 millones, de los que se comprometieron \$17.177.88 millones, de los cuales \$6.106.94 millones corresponden a infraestructura y dotación del nuevo hospital y \$11.039.82 millones a cuentas por pagar de inversiones del mismo.

En el curso de la vigencia 2009 el contrato 903 de 2006 para la construcción y dotación del nuevo hospital tuvo dos adiciones por \$5.664.00 millones y por \$1.336.00 millones respectivamente, a la vez el hospital recibió el 28 de agosto de 2009 \$2.106.94 millones de rendimientos financieros del convenio, para un total de \$9.106.94 millones.

En el rubro Bogotá Positiva, para vivir mejor, se apropió \$6.366.18 millones, ejecutándose \$6.138.04 millones para un 96.42% de cumplimiento, efectuándose giros presupuestales por \$3.909.16 millones, equivalentes al 63.68% de lo comprometido; Este rubro esta ligado directamente al Plan de Desarrollo que tiene el mismo nombre y el cual se está ejecutando desde la vigencia 2008; dentro de este se encuentra inscrito en el banco de proyectos de inversión el de infraestructura, el que contempla la construcción de la sede asistencial del hospital.

La primera etapa del Convenio 903 de 2006 está terminada y cuenta con un edificio de seis (6) pisos, de los que tres (3) son para hospitalización de adultos y pediatría, con capacidad para 180 camas, una (1) unidad de cuidados neonatales con cuarenta y seis camas, una unidad de cuidado intermedio con 10 camas, una unidad de cuidado intensivo para adultos con 10 camas, 5 salas de cirugía, 1 de obstetricia, 2 salas de partos, 4 cubículos para partos de alto riesgo, 32 consultorios distribuidos en dos pisos, urgencias adultos y pediátricas Rayos X, farmacia y sótano para parqueaderos; a pesar que el área de laboratorio y el

sótano para parqueaderos están terminados no se han puesto en funcionamiento, porque se debe terminar la segunda etapa para el acceso. Entre el 28 de enero y el 7 de julio de 2009 se realizó el traslado de las áreas asistenciales que actualmente atienden en la sede nueva del hospital.

Cuentas por Pagar

Las cuentas por pagar del Hospital Meissen a 31 de diciembre de 2008 ascendían a un monto de \$27.578.16 millones, de los cuales \$3.666 millones eran de Gastos de Funcionamiento; \$12.865.92 millones eran de Gastos Operativos y \$11.046.23 millones correspondían a Inversión, de los que en el curso de la vigencia fiscal 2009 se ejecutaron \$3.418.07 por Gastos de Funcionamiento, \$12.506.33 de Gastos Operativos y \$11.039.82 millones de Inversión, siendo girados presupuestalmente de estos valores \$16.481.57 millones.

CUADRO 17
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A CIERRE DE 2008
PARA EJECUTAR EN EL 2009

(En millones de pesos)

RUBRO	SALDO CONSTITUIDO COMO CXP A 31-12/08	EJECUTADO A31 DIC/09	SALDO A 31 DIC/09
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO EJECUTORA 1	3.257.06	3.037.39	219.67
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO EJECUTORA 2	408.94	380.68	28.26
TOTAL GASTOS OPERATIVOS EJECUTORA 1	10.606.26	10.280.89	325.37
TOTAL GASTOS OPERATIVOS EJECUTORA 2	2.259.66	2.225.44	34.22
TOTAL GASTOS DE INVERSIÓN EJECUTORA 1	11.046.23	11.039.82	6.41
TOTAL CXP	27.578.15	23.926.83	3.651.32

Fuente: Información área de Presupuesto Hospital Meissen

Cuentas por Pagar a Cierre de 2009.

Al término de la vigencia 2009 el Hospital Meissen constituyó en presupuesto 4.292 cuentas por pagar, las cuales ascendieron a un valor de \$26.321.06 millones, las que en relación con las constituidas en la vigencia 2008, que ascendieron a un valor de \$27.578.16 millones, disminuyeron en \$1.257.1 millones, equivalentes al 4.78%; la distribución de dichas cuentas por pagar fueron de \$4.326.6 millones de gastos de funcionamiento, \$13.910.27 de gastos de operación y de \$8.084.18 millones de inversión.

Las cuentas por pagar por unidad ejecutora fueron de \$23.662.46 millones por la ejecutora 1 y \$2.658.59 millones por la ejecutora 2, es decir el hemocentro.

CUADRO 18
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A CIERRRE DE 2009

(En millones de pesos)

RUBRO PPTAL	CXP 2009	CXP 2008	VARIACIÓN % + (-)
Gastos de Funcionamiento Ejecutora 1	3.914.49	3.257.06	16.79
Gastos de Funcionamiento Ejecutora 2	412.11	408.94	0.77
Gastos Operativos Ejecutora 1	11.663.79	10.606.26	9.07
Gastos Operativos Ejecutora 2	2.246.48	2.259.66	(0.59)
Gastos de Inversión	8.084.18	11.046.23	(36.64)
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	26.321.06	27.578.15	(4.78)

Fuente: Información reportada al SIVICOF e información área de presupuesto Hospital Meissen II Nivel de Atención - ESE.

Imputación Presupuestal Manual

La imputación que efectúa la oficina de presupuesto en los comprobantes de egreso se tiene que hacer de manera manual, debido a que el sistema que tiene actualmente el Hospital para llevar el registro de la información financiera, es decir el SIGMA, no contempla un campo para dicha imputación. En el curso de la vigencia 2010, el Hospital adelanta la implementación del programa HEON, y se está recogiendo la información con miras a efectuar la parametrización para incluir el campo dentro del nuevo programa.

Presupuesto Orientado a Resultados (P.O.R.).

Tomando en consideración lo estipulado en el Manual Operativo Presupuestal capítulo V adoptado por la Secretaría de hacienda de Bogotá mediante Resolución 1602 de 2001, el Presupuesto Orientado a Resultados se definió como un “instrumento gerencial que permite establecer un vínculo claro entre la asignación de recursos y las prioridades de la administración, constituyéndose en un acuerdo público que promueve el uso eficiente y efectivo de los recursos”.

Este instrumento busca “*facilitar el vínculo entre los lineamientos del Plan de Ordenamiento Territorial, los compromisos pactados en el Plan de Desarrollo, y el gasto total de la administración*”, pretendiéndose incentivar a las entidades a planear sus gastos y

orientar la gestión hacia el logro de los resultados misionales, haciendo participe al ciudadano, con el fin de que realice control sobre los recursos, y así aumentar la confianza de éste en las instituciones públicas; situación que se lleva a cabo en el Hospital Meissen con la participación de un miembro de la Asociación de Usuarios del Hospital en la Junta Directiva del mismo.

El Hospital Meissen identificó 17 productos para efectuar el seguimiento de los logros y resultados, de los que se desprenden 51 indicadores, los que buscan evaluar el desempeño de cada una de las metas anuales.

La implementación de la metodología del POR, en el Hospital Meissen, se lleva a través de hojas electrónicas en Excel, ya que el sistema con que cuenta actualmente el Hospital –el SIGMA -, no cuenta con un módulo que permita el manejo de esa información, pero actualmente está en curso la actualización del sistema, buscándose la inclusión de un módulo para el manejo de esta información, esto es con el sistema HEON, con el cual se busca implementar un módulo que permita el manejo de esa información en forma directa, más técnica y segura.

Lo anterior contraviene lo normado en el Capítulo V de la Resolución 1602 de 2001 de la Secretaría de Hacienda del Distrito, por el cual se adopta el presupuesto Orientado a Resultados, como también lo normado en la Ley 87 de 1993 en sus artículos 2 y 4; pero que como se mencionó anteriormente está en proceso de corrección, con la implantación del nuevo sistema.

De los 51 indicadores establecidas por el hospital para el control de los productos del P.O.R., 49 se cumplieron plenamente, es decir, algunas de ellas sobrepasaron las expectativas que se tenían; las otras 12 no alcanzaron el objetivo propuesto, en algunas de ellas por razones ajenas al Hospital.

Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

El PAC Se define como “un instrumento de administración financiera mediante el cual se verifica y aprueba el monto máximo mensual de fondos disponibles para las entidades financiadas con recursos del Distrito, además contempla el monto máximo mensual de pagos; los pagos se harán teniendo en cuenta el PAC y se sujetarán a los montos aprobados en él. Las modificaciones al mismo se harán con base en las metas financieras establecidas por la Entidad en su Plan Financiero.

Comparación del PAC con ejecuciones presupuestales.

Al confrontar el Plan Anual de Caja PAC, con las ejecuciones presupuestales mensuales en el curso de la vigencia 2009, se observa que la caja estuvo desfinanciada durante seis (6) meses, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

CUADRO 19
COMPORTAMIENTO REAL DE LA CAJA DURANTE EL 2009

(En millones de pesos)

RECAUDO MENSUAL		GIRO PPTAL POR MES	CAJA (DÉFICIT)	CAJA SUPERÁVIT
ENERO	8.067.44	1.924.49		6.142.95
FEBRERO	4.488.91	4.734.93	(246.02)	
MARZO	6.705.46	5.767.32		938.14
ABRIL	3.196.79	5.551.81	(2.355.02)	
MAYO	7.812.37	5.629.60		2.182.77
JUNIO	9.876.92	9.072.98		803.94
JULIO	7.210.16	6.352.36		857.80
AGOSTO	7.137.36	6.004.28		1.133.08
SEPTIEMBRE	4.415.57	6.688.35	(2.272.78)	
OCTUBRE	3.268.62	4.015.01	(746.39)	
NOVIEMBRE	7.312.87	9.681.49	(2.368.62)	
DICIEMBRE	9.134.85	11.776.19	(2.641.34)	
TOTAL	78.627.33	77.198.82	(10.630.17)	12.061.68

Fuente: Información Presupuesto - Hospital Meissen II-Nivel de Atención ESE

En el curso de la vigencia 2009 se presentó superávit de caja en seis meses, siendo estos enero, marzo, mayo, junio julio y agosto, mientras que en los otros seis meses se presentó déficit de caja, siendo estos los meses de febrero, abril, septiembre, octubre, noviembre y diciembre; el mes donde se presentó un mayor superávit fue el de enero de 2009, debido principalmente a la disponibilidad inicial, que al inicio del periodo ascendió a un monto de \$4.695.53 millones, ascendiendo al final de la vigencia a \$6.083.21 millones, la cual se destinaría en el curso de la vigencia a cancelar cuentas por pagar.

La administración del Hospital debe implementar políticas eficientes y eficaces para mejorar día a día la prestación del servicio y adoptar los correctivos que le permitan mejorar el recaudo de la cartera, mejorando por ende los ingresos que le permitan cumplir a cabalidad con sus obligaciones, garantizando la prestación de los servicios de salud de forma oportuna y con calidad; además debe asegurar las condiciones que posibiliten la sostenibilidad financiera y patrimonial en el mediano plazo, tal como lo establece el Artículo 8 del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la protección Social - "Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera".

Cajas Menores

El Hospital Meissen durante la vigencia fiscal 2009 contó con cuatro (4) cajas menores, las que se constituyeron y reglamentaron con las Resoluciones de Gerencia No. 4 de 2009, para la del Hemocentro Distrital, con un monto de \$3.9 millones y la No. 5 de 2009, para las de Gerencia por \$16.00 millones, la de la Subdirección Administrativa por \$24.4 millones y la de la Subdirección Científica de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento por \$11.50 millones. Entre las cuatro (4) cajas menores solicitaron en el curso del año fiscal 2009 los desembolsos iniciales y 18 reembolsos, los que ascendieron a un monto de \$55.80 millones y \$132.81 millones respectivamente, para un total de \$188.61 millones. Los recursos manejados por los ordenadores de las cajas menores están debidamente cubiertos con la póliza de seguro 1007661 tomada con la Previsora S.A., compañía de seguros y con miras a efectuar el cierre de la vigencia fiscal 2009 reintegraron a la tesorería los dineros que cada una de las cajas tenía tanto en efectivo como en cuenta corriente.

Los gastos efectuados por el Hospital por cajas menores se ajustan a lo estipulado en las Resoluciones de constitución de cada una de ellas, siendo reflejados los gastos en los diferentes rubros presupuestales en el curso de la vigencia.

Análisis de pagos por celulares

El equipo auditor dentro del análisis de la ejecución pasiva del presupuesto ahondó el estudio de este tema así:

3.4.2 El Alcalde Mayor de Bogotá emitió la Directiva 07 del 19 de Agosto de 2008, en la cual da unas pautas sobre medidas de austeridad en el gasto público del distrito capital, citando entre otros los siguientes aspectos: *"7. Los representantes legales de las entidades vinculadas por la Directiva, deberán expedir un reglamento interno en el cual señalen el número máximo de minutos del servicio de telefonía móvil celular a los cuales tendrán derecho los directivos, para el uso en comunicaciones oficiales, teniendo en cuenta sus necesidades y según las condiciones del mercado".*

"Cada entidad pagará y reconocerá por los consumos mensuales de telefonía móvil, hasta un máximo de cincuenta por ciento (50%) de un salario mínimo legal mensual vigente SMLMV, excepcionalmente se autorizarán consumos mayores por parte del representante legal de cada entidad, quienes tendrán derecho al equivalente a un 100% del salario mínimo legal mensual."

"Superado el monto autorizado por el reglamento interno o la presente Directiva, los costos adicionales serán sufragados directamente por los funcionarios usuarios del servicio de telefonía móvil."

El gerente del Hospital Meissen, con miras a limitar los gastos de los funcionarios que tienen celulares pagados por el hospital, emitió el 31 de mayo de 2007 una circular en la que se estipula que el tope máximo de consumo por telefonía celular es de 1,5 salarios mínimos mensuales legales vigentes, lo cual va en contravía con lo normado por el Alcalde.

Como se aprecia el valor estipulado por el Gerente del Hospital, es mayor al estipulado por el Alcalde Mayor, razón por la que el gerente debe ajustarse a lo dispuesto por el Alcalde Mayor de Bogotá, D.C. en la Directiva 07 de 2008.

Cierre Presupuestal.

A 31 de diciembre de 2009 el Hospital tenía fondos disponibles en tesorería de \$2.366.71 millones, menos fondos con destinación específica y acreedores varios por valor de \$1.027.17 millones, lo cual deja una disponibilidad neta en tesorería de \$1.339.54 millones; recursos que se encontraban en cuentas corrientes y de ahorro del hospital, sin tener ninguna clase de inversión financiera. La Situación descrita anteriormente coincide con la plasmada en el formato del SIVICOF.

Opinión Presupuestal

De conformidad con las verificaciones efectuadas, el Hospital de Meissen a través de la ejecución presupuestal y demás documentos elaborados por el área de presupuesto ha cumplido con la normatividad vigente, excepto por la no aprobación del Proyecto de Presupuesto y el PAC por parte de la Junta Directiva y refleja la situación presupuestal de la entidad; en el curso de la vigencia fiscal 2009, siendo confiable.

3.5. CONTRATACIÓN

La evaluación de este componente corresponde 31 contratos seleccionados en el Memorando de Planeación por valor de \$13.965.682.597 y modificado en el curso de la auditoría con adiciones por valor de \$1.592.420.541 lo que asciende la cuantía de la muestra a \$15. 558.503.138

Los contratos 175 y 176 de 2006, se excluyeron de la auditoría y el resultado de lo que se analizó se presenta en el numeral 3.5.1 de este componente y los otros asuntos analizados respecto de estos dos contratos serán trasladados al grupo de indagación preliminar conformado en la Dirección Sectorial exclusivamente para el seguimiento de este tema.

Del análisis al área que maneja la contratación en el Hospital de Meissen se evidencia una débil presencia de control interno, toda vez que se repiten con frecuencia las deficiencias que a lo largo de las auditorías éste ente de control ha observado, como la desorganización en la mayoría de las carpetas que deben contener en orden y de forma completa todos los documentos del proceso de contratación, es así que los informes de los supervisores, que son algunos de los documentos que prueban la ejecución del contrato, no se encuentran en los folders y ello obligó a la búsqueda y su presentación posterior, en reiteradas visitas administrativas que hizo la auditoría.

Respecto del tema de los informes de los supervisores se debe anotar que el contenido se limita a una certificación, sin que se indique el porcentaje de avance en el cumplimiento de las obligaciones del contratista y las observaciones.

Es constante la presencia de dos y hasta tres foliaciones diferentes en un solo contrato; en tanto que en oportunidades se observó no cuentan con ello.

Pese a la reiteración en las observaciones hechas por éste organismo de control se evidenció que aunque se allegaron a los contratos las certificaciones de antecedentes (disciplinario, fiscal y penal) que la Ley exige para la suscripción de los contratos, estas (vigentes) no se exigen para la suscripción de nuevos contratos.

Se prorrogan contratos pese a que los términos (plazos) se encuentran vencidos.

No se evidenció, estructurados debidamente, la justificación de los contratos; esto es, un estudio de conveniencia y oportunidad que nazca del área que demande la necesidad y que la describa en forma sucinta y clara, así como la normativa y la estructura del contrato y del posible objeto a contratar.

Otra constante es el pago por parte del Hospital por fuera de los términos previstos en la cláusula de pago pactada en los contratos, aspecto que puede generar pleitos de carácter legal a futuro.

Así las cosas, en el curso de la auditoría del PAD 2010 realizada al Hospital de Meissen en el componente de contratación, se determinaron los hallazgos que se describen a continuación:

3.5.1 “Salida de evacuación nueva sede del Hospital de Meissen”:

Se evidenció que el Gerente del Hospital Meissen no dio aplicación a lo señalado en numeral 1 del Literal b del artículo 27 capítulo IX de la Resolución 4445 de

1996 y en el Plan Hospitalario de Emergencias código P-GEN 074 versión 3 fecha 27 de julio de 2009, toda vez que en visita realizada a la nueva sede del Hospital el 4 de marzo de 2010 y después de evaluados los planos de diseño aprobados con licencia de construcción, se observa que no se contempla la salida de evacuación de emergencia hacia el exterior, la cual actualmente tiene una puerta en reja y luego una diferencia de altura de más de 150 cm. aproximadamente con respecto del piso, punto en el cual debió construirse una escalera y/o rampa; igualmente no se contempla el diseño de la zona verde que colinda con la Avenida Boyacá; en los informes mensuales de la interventoría reposan planos de diseños tamaño carta y oficio en donde sí están evidenciados, los citados elementos. (Se anexa fotocopia de plano resaltando el sitio en cuestión, rampa y escalera).

El hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin, de no incluir el diseño de la salida en los planos de aprobación y licencia y de existir dualidad de planos por cuanto se manejan los aprobados y los manejados por la interventoría así como la no construcción de la zona verde (barrera natural o artificial) pueden generar alto riesgo de accidentalidad para los peatones y usuarios del Hospital al igual que la no habilitación de la salida de emergencia en el segundo piso al momento de una evacuación masiva.

Se señala que las obras no ejecutadas y citadas anteriormente hacen parte de la primera etapa de la construcción del hospital, ya finalizada y entregada y que además, está contemplada dentro del Plan Hospitalario de Emergencias - rutas de evacuación

Por lo anteriormente se observa incumplimiento a lo señalado en el numeral 1 del Literal B del Artículo 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y en el Plan Hospitalario de Emergencias código P-GEN 074 versión 3 fecha 27 de julio de 2009.

En virtud de lo expuesto y dado que la Administración obvió el cumplimiento de la normativa citada en el párrafo inmediatamente anterior, se haya incurrido en la inobservancia a los deberes contemplados en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2002.

3.5.2 “Deber de publicar los contratos en el Diario Único de Contratación Pública, en su defecto en la Gaceta Oficial...”

Al realizar análisis y seguimiento, tanto a la documentación como a la ejecución de los contratos objeto de la muestra, se observa que el área que tiene bajo su responsabilidad el proceso de contratación no está dando estricto cumplimiento a lo establecido en artículo 59 y siguientes de la Ley 190 de 1995, el Decreto 327



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

de 2002 del Ministerio de Justicia y Derecho, la Circular 10 de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor del febrero 25 de 2008, las Resoluciones 383 de 2007, 384 de 2008 y 464 de 2010 de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, toda vez que se evidenció por parte de los contratistas el no pago de los derechos de publicación en los contratos cuyo valor supera los 50 SMLMV, como se muestra a continuación:

CUADRO N° 20

VALORES DEJADOS DE PERCIBIR POR NO PAGO DE LA PUBLICACIÓN

No.	Contratista	Valores Principal, Adiciones, Modificaciones Y Prorrogas	Tarifa de la tabla (publicación) Res.884 de 2008 en pesos	Si Canceló publicación	No Canelo Publicación
1	SEGURIDAD PRIVADA ASESORIA Y SERVICIOS LIMITADA VIGIASER LTDA	P: 1.381.433.821 A: 184.313.838 M: Abril 6/2009 M: Junio 1/2909 M:Junio17 /2009 Prr: Oct 30/2009	3.393.200 1.241.000 26.900 26.900 26.900 26.900		X
58	DISPENSA RTE	P: 885.403.236 M: Abril 6/2009 M: Junio 16/2009 A:442.701.618 Prr: Febrero 24 de 2010 (Res.464 de 2009)	2.527.000 26.900 26.900 1.801.300 27.700		
93	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	P: 600.000.000 M: junio 23/2009 M: junio 25/2009 M: junio 23/2009 M: julio 23/2009 M: julio 16/2009 M: julio 28/2009 M: Agosto 19 /2009 M:Agos. 31/2009 M: Sept. 8/2009 Prr: Nov.3/2009 Prr: Nov.27/2009	*Cancelo 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900 26.900	*Consig. No. 2256445 a nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ 2.527.000 El 21 de mayo de 2009.	X Solo cancelo el valor del contrato principal (Las prorrogas y Modificaciones no las cancelo)



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	Contratista	Valores Principal, Adiciones, Modificaciones Y Prorrogas	Tarifa de la tabla (publicación) Res.884 de 2008 en pesos	Si Canceló publicación	No Canelo Publicación
103	FUNHORI ONG	P: 530.100.000 Prr: Nov.20/2009 Sus. el 16 Dic-09 Reinicio 18 ene-2010	*Cancelo 26.900 - 0 - - 0 -	*Consig. No. 2481892 a nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ \$2.527.000 El 26 de abril de 2009.	
88	LABINCO	P: 498.480.000 M: Nov 23/2009 Prr: Dic 28/2009	1.801.300 26.900 26.900		X
181	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	P: 461.337.672 Prr: Enero 5 2010	*Cancelo 27.700	*Consig. Número. ilegible -- 24329 a nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ \$1.801.300 El 22 de diciembre de 2009.	
46	LA PREVISOR A	P: 381.304.565 A: 1.933.760 A: 918.169 A: 76.005	1.801.300 29.200 29.200 29.200		X
54	CONSULTOS Y FACILIDADES LTDA	P: 285.163.000 M: Sep 2/2009	1.505.000 26.900		
101	FUNHORI ONG	P: 270.940.000	Cancelo	Consig. No. 2481891 a	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	Contratista	Valores Principal, Adiciones, Modificaciones Y Prorrogas	Tarifa de la tabla (publicación) Res.884 de 2008 en pesos	Si Canceló publicación	No Canelo Publicación
				nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ \$1.505.200	
138	ENLACE PUBLICITARIO EDITORES LTDA	P: 259.074.400	1.505.200		X
10	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	P: 238.508.687 Prr1: Ene 27/2009 Prr2:Jun. 19/2009 Prr3:Julio 14/2009	*Cancelo l 26.900 26.900 26.900	*Consignación No. 0817334 a nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ \$1.505.200 El 21 de enero de 2009	
102	FUNHORI ONG	P: 223.140.328	*Cancelo.	*Consignación No. 2481890 a nombre de la Tesorería Distrital por valor de \$ \$1.505.200 Del 26 de mayo de 2009	
105	BLANCA DORA REYES (CARNES)	230.300.000	1.505.200		X
5-146	SAMIR BASTIDAS CANTILLO	P. 151.914.467 Prr: Junio 30/2009 A: 23.000.000 A: 19.443.200 A: 3.157.333	980.200 26.900 384.200 321.100 167.100		X



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	Contratista	Valores Principal, Adiciones, Modificaciones Y Prorrogas	Tarifa de la tabla (publicación) Res.884 de 2008 en pesos	Si Canceló publicación	No Canelo Publicación
		A: 41.440.533 A: 12.152.000 Prr: Dic 22/2009	520.200 270.400 26.900		
5-129	GUSTAVO ADOLFO GUIO JAIMES	P: 150.696.000 Prr: junio 30/2009 A: 19.000.000 A: 15.225.600 A: 32.158.533 A: 8.996.000 A: 15.308.800	980.200 26.900 321.100 291.300 430.400 231.700 291.300		X
106	BLANCA DORA REYES (FRUTAS Y VERDURAS)	P: 150.400.000	980.200		X
60	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS LTDA	P: 150.000.000 A: 60.000.000 Prr: Sep 1/2009	980.200 548.700 26.900		X
125	FRESENIUS	P: 113.764.000 Prr: Julio 14/2009 M: Agosto3/2009 A: 4.627.600	882.600 26.900 26.900 185.700		X
141	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A – IDIME S.A	P: 90.000.000 Prr: Dic 30/2009	705.800 26.900		X
77	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO SERVICIOS COMO MEDICO S.A – IDIME	P: 90.000.000 A: 24.000.000	705.800 384.200		X



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	Contratista	Valores Principal, Adiciones, Modificaciones Y Prorrogas	Tarifa de la tabla (publicación) Res.884 de 2008 en pesos	Si Canceló publicación	No Canelo Publicación
	S.A				
9	SANOFI-AVENTIS DE COLOMBIA S.A.	P: 89.973.840 Prr: Ener.29/2009	705.800 26.900		X
115	DEPOSITO EL NEVADO	P: 66.000.0 00,00	640.500		X
29	DISTRIDRO GAS Y SERVICIOS LTDA	P: 62.854.368 A:62.854.368 Prr: Junio 26/2009 A:13.777.088	640.500 640.500 26.900 270.400		X
5-259	DIANA KATERINE MANTILLA BARBOSA	P: 49.920.000 Prr: junio30/2009 A: 6.000.000 A: 5.408.000 A: 9.372.133 A: 3.666.000 A: 4.700.800 Prr: Nov.27/2009 Prr: Dic 22/2009	520.200 26.900 201.900 201.900 247.600 167.100 185.700 26.900 26.900		X
68/2008	BAXTER S.A. Se suscribió el 11 de marzo de 2008	P: 721.873.505 A: 15.735.505 A.: 1.449.600 Prr:Marz 13/2009 A: 34.207.720 M: Jun. 19/2009 Aclr:Jun. 23/2009 Prr:Jun.24 / 2009	2.406.700 277.400 66.900 26.900 *ancelada 26.900 26.900 26.900	*Consignación No. 2754793 a nombre de la Tesorería Distrtal por valor de \$ 430.000 El 6 de abril de 2009	

FUENTE: Contratos suscritos por el Hospital de Meissen.

P: contrato principal, A: adición, M: modificación, Prr: Prorroga, Aclr: Aclaración

Por el hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin y no exigir a los contratistas el pago de la publicación de los contratos, y como consecuencia de la gestión ineficaz e ineficiente del Hospital, el Distrito dejó de percibir aproximadamente \$ 35.152.000, encontrándose esta conducta inmersa dentro de la definición de daño patrimonial del artículo sexto (6°) de la Ley 610 de 2000.

Así mismo el hecho de no publicar los contratos mantiene a la población en la ignorancia respecto de aquellos elementos contractuales que suscriba la entidad, toda vez que el objetivo de la norma es precisamente que se le permita a los habitantes conocer el contenido de todos los contratos al igual que sus adiciones, prórrogas y modificaciones.

De los argumentos esgrimidos anteriormente se deduce la inobservancia por parte del Hospital de la normativa citada en este numeral, por lo tanto la administración se haya incurso en el incumplimiento a los deberes contemplados en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2002.

3.5.3. “Incumplimiento al numeral 4 del artículo 1 de la Ley 190 de 1995”.

Establece el numeral 4 del artículo 1 de la Ley 190 de 1995 que “(...) todo aspirante a ocupar un cargo o empleo público, o a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración deberá presentar.....4) En el caso de personas jurídicas, el correspondiente certificado que acredite la representación legal.” (Lo subrayado es nuestro).

Dentro del análisis realizado a los contratos objeto de la muestra se observó que siendo la presentación de la certificación de representación legal para el caso de personas jurídicas, una obligación que antecede a la suscripción de los contratos cuyo objeto es la prestación de algún servicio, el documento en cuestión se presentó y aportó con posterioridad a la suscripción del contrato en los siguientes casos: Contratos números: 01, 09, 58, 54, 60 y 29 de 2009.

El hecho de inobservar lo señalado en el numeral 4 del artículo 1 de la Ley 190 de 1995 y al no dar cumplimiento a lo normado en el numeral 1 del artículo 34 de la ley 734 de 2002 se expresa como una trasgresión a los deberes del servidor público.

3.5.4. “Incumplimiento al deber de exigir la presentación del certificado de antecedentes expedido por la Procuraduría General de la Nación y el certificado de antecedentes penales”

Analizado el párrafo del artículo 1 de la Ley 190 de 1995 y los documentos soportes de las carpetas contractuales puestas a disposición por el Hospital a la Auditoría, se observó que quienes suscribieron con el Hospital contratos de cuyo objeto se desprende la prestación de un servicio, no aportaron las certificaciones que exige la Ley 190 de 1995 y que son de obligatorio cumplimiento, máxime cuando se trata de personas que están representando una firma o un establecimiento de comercio como se evidencio en los siguientes contratos: 01, 09, 58, 93, 88, 181, 54, 138, 10, 101, 102, 103, 105, 106, 125, 141, 77, 115 y 29 de 2009 y el 68 de 2008, evidencia el incumplimiento de los deberes descritos en el numeral primero (1º) de la Ley 734 de 2002.

3.5.5. “Incumplimiento del deber de exigir de los contratistas la presentación de la declaración de bienes y rentas”.

Frente a la obligatoriedad contemplada en el artículo primero del Decreto 2232 de 1995, y revisados los soportes documentales de cada una de las carpetas de los contratos de la muestra seleccionada para el presente proceso auditor, no se evidenció la existencia de la declaración de bienes y rentas en aquellos contratos de prestación de servicios cuya duración supera los tres meses a saber. Contratos 5-146 de 2009, 5-259 y 5-129 de 2009.

En las carpetas de los contratos que se citan anteriormente existen unas declaraciones de bienes y rentas con fechas muy antiguas e incompletas, toda vez que estos contratistas han venido prestando servicios al Hospital desde hace varios periodos.

La inobservancia parte del Hospital de suscribir nuevos contratos sin tal requisito exigido en el artículo primero del Decreto 2232 de 1995 evidencia el incumplimiento de los deberes descritos en el numeral primero (1º) de la Ley 734 de 2002.

3.5.6 “Compra Elementos Deportivos”.

El Hospital suscribió por valor de \$ 4.484.000 la orden 181 el 23 de agosto de 2009 con el objeto de adquirir los siguientes elementos deportivos: 23 uniformes de Fútbol, 3 uniformes de futsal, 01 uniforme de voleibol, 4 uniformes de atletismo, 44 camisetas para presentación de equipos en las diferentes modalidades deportivas, 10 uniformes de baloncesto, 2 uniformes de portero de fútbol, 01 uniforme de portero de futsal, 40 petos, 2 de pares de guantes profesionales y 2 uniformes presentación.

Los elementos antes citados ingresaron al Almacén del Hospital de Meissen el 23 de septiembre de 2009 según comprobante 013763 y egresaron el 19 de febrero de 2010 de esta misma área, según comprobante 030101: 2 pares de guantes y 2 uniformes de portero, los cuales fueron devueltos al proveedor cuyo valor es de \$350.000. Según acta de liquidación del 23 de febrero de 2010 el Hospital recibió elementos por valor de \$4.134.000.

De los documentos aportados por el Hospital se concluye, que los equipos que participaron en los diferentes torneos en representación del Hospital de Meissen, estaban conformados por personal cuya vinculación con la entidad esta dada por contratos de prestación de servicios y en otros casos por personas que ni siquiera son contratistas.

En contraposición a lo que se establece en el artículo primero (1º) de la Ley 904 de 2004, en concordancia con el literal a) del artículo 16, literal d) del artículo 18 y párrafo del artículo 20 del Decreto 1567 de 1998, el Hospital de Meissen afectó su patrimonio en \$4.134.000 al adquirir elementos deportivos cuyos destinatarios fueron personas vinculadas por contratos de prestación de servicios e incluso personas que no tienen ningún tipo de relación con el hospital, hecho este que se traduce en que la administración de los recursos fue ineficaz e ineficiente y el resultado se encuadra en el concepto de daño patrimonial plasmado en el artículo sexto (6º) de la Ley 610 de 2000.

Dada la inobservancia de lo normado en este numeral el Hospital se haya incurso en el incumplimiento a los deberes contemplados en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2002.

Análisis a los contratos de Obra:

En desarrollo de la evaluación del contrato de la obra del Hospital Meissen II Nivel de atención se revisó el convenio 903 de 2006 por valor inicial \$33.287.8 millones contrato de obra 175 de 2006 Consorcio Hospital Meissen Ciudad Bolívar, se verificaron antecedentes, aspectos legales, ficha de estadísticas básicas de inversión, dotación, terrenos, estudios, construcción, inventario, resolución 031 de 2006 y demás soportes, contrato 176 de 2006 de interventoría con Hidrotec Ingenieros Consultores, adición por \$2.400 millones de octubre 23 de 2007, Informe de avance inicio abril de 2007, Último informe 92% ejecutado. Esto respecto al convenio, total adiciones \$67.152 millones plazo de inicio 20 meses, (12 meses etapa asistencial), informe de interventoría de mayo de 2009, presupuesto del contratista, evaluación técnica, certificación de visita de obra, pago entre otros soportes.

CUADRO No. 21
CONTRATOS DE OBRA

DESCRIPCION	CONTRATISTA	VALOR	FECHA
Contrato 175 Obra Construcción Hospital Meissen II Nivel I etapa.	Consortio Hospital Meissen Ciudad Bolívar	33.287.8	27-12-2006
Contrato 176/06 interventoria de obra Hospital Meissen	Consortio Interventoria Hospital Meissen	1.664	29-12-2006
Contrato 177 de 2006 por demolición	Consortio Demoliciones	70	29-12-2006
Contrato 165 de 2006 por asesoría	Manuel Sánchez Castro	6	02-11-2006
Contrato 112 de 2006 Consultoría	Olga Pinzón	915	29-03-2006

Fuente: contratos

Se verificaron los soportes requeridos para este proyecto así: Estudios previos, acta de recibo parcial de obra, corte de obra, cantidades de obra, comprobantes de pago, planos y avance de obra.

En las visitas de obra relacionadas con la contratación y realizadas a las instalaciones del Hospital área administrativa, archivo y central de citas se verificó lo siguiente:

ARCHIVO ESTADISTICA 1: ubicado en la carrera 18 No- 60G-52 sur (foto No. 1y 2), cuenta con deposito de archivo en primer piso y segundo piso en los cuales se observa lo siguiente: se encuentra excedido en cantidad, tanto en los espacios adoptados para este como en las circulaciones y escaleras, se observa que han habido goteras, existen carpetas para reciclaje que no han sido retiradas, en general es una casa adecuada para el depósito de archivo de manera provisional. Es de anotar la dificultad en el paso de los funcionarios para el desempeño normal de las funciones.



Foto No. 1



Foto No. 2

CENTRAL DE CITAS No. 2 Y ARCHIVO ubicado en la carrera 18 No. 60G-80 sur

Primer piso el área de citas, segundo piso depósito de archivo de estadística 2, se observa que han tenido goteras, la edificación muestra una estructura convencional en buen estado, no obstante hay una dilatación central transversal por asentamiento, de igual forma una dilatación en la escalera. En las dos sedes anteriormente se observa acumulación de polvo por falta de aseo constante.

AREA DE ZONA VERDE AISLAMIENTO AV. BOYACA; (foto No. 3 y 4) Se observa que esta esquina por tener una pendiente considerable y no tener una barrera que obligue a las personas a caminar por el andén es peligroso, ya que puede ocurrir un accidente, especialmente para personas con limitaciones, mujeres embarazadas y niños.

Se observa que la salida de emergencia de las escaleras externas está incompleta debido a que no cuenta con escalera y/o rampa para evacuación, tiene una altura considerable 1.50 cm. aproximado que representa alto peligro en caso de una evacuación, (dentro del plan de evacuación actualmente está contemplado las salidas internas tanto de urgencias como de sala general y atención general. Se aclara por parte del Hospital que está pendiente para la segunda etapa el aislamiento de esta zona mediante barrera natural.



Foto No. 3



Foto No. 4

AREA DE SOTANO

Se encuentran ubicadas las siguientes dependencias: Oficinas del consorcio, oficinas de la interventoría, Área de subestación eléctrica y área de equipos hidroneumáticos, bomba de vacío y compresores y depósitos de herramientas de subcontratistas. El resto del terreno previsto para la segunda etapa de la construcción,. Esta área en general no ha sido entregada al Hospital.

PRIMER PISO DEL HOSPITAL

Urgencias: se observa que las cerraduras de los baños están dañadas y representan riesgo ya que una persona puede quedar encerrada. El acabado de pisos en baldosín de granito de mármol muestra dilataciones aparentemente por asentamiento del edificio, área de sala General: de igual forma muestra dilataciones en el acabado de piso.

SEGUNDO PISO

Consulta externa, área de cirugía y partos, de igual manera muestra dilataciones en los acabados de piso de granito de mármol (foto No. 5).



Foto No. 5

TERCER PISO

Área de terapia física: muestra falta de aire acondicionado, bastante calor, demás áreas de consulta externa, las UCI, y consultorios de medicina especializada, muestra de igual forma dilataciones de pisos (foto No. 6), también muestra dilataciones o pequeñas grietas en el piso de granito de mármol.



Foto No. 6

CUARTO PISO: Áreas de hospitalización: muestra dilataciones en acabados de pisos de baldosín de granito de mármol, dilataciones en las escaleras por

asentamientos, salida de emergencia a la escalera externa piso gris (foto No. 7), las escaleras conducen a la zona verde allí interrumpida o sin terminar.



Foto No. 7

QUINTO PISO Y SEXTO PISO: Área de hospitalización, muestra también pisos dilatados por posibles asentamientos. La señalización muestra las salidas de emergencia (foto No. 8) hacia las escaleras construidas para tal fin, sin embargo es de anotar que la salida no se encuentra habilitada debido a que no se construyó a pesar de que es parte de esta primera etapa ya finalizada. En general la construcción muestra calidad de materiales y ejecución en paredes, techos y demás acabados.



Foto No. 8

Como observación última de la obra en cuestión y en concordancia con los últimos documentos de soporte, se puede afirmar que la entidad no tiene planos de la obra de la etapa II actualizados con licencia de construcción lo que genera riesgo

de sellamiento de la obra por la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar, situación que ha de ser puesta en conocimiento del Gerente, mediante el ejercicio de control de advertencia por este organismo de control.

3.6. EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.6.1 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO

Con base en la evaluación de la inversión y cumplimiento de los programas, objetivos, políticas, programas, metas y proyectos, conforme a los principios de la gestión fiscal, este ente de control estableció:

A través del Acuerdo 010 del 17 de junio de 2009 emanado de la Junta directiva del hospital, se aprueba el plan de desarrollo 2009-2012 para la entidad. Este Plan contempla seis políticas institucionales y seis Objetivos así:

POLITICAS, OBJETIVOS Y PROYECTOS

CUADRO NO 22
POLÍTICAS Y OBJETIVOS

POLITICAS	OBJETIVOS
Política Financiera	Objetivo General Financiero
Política Gerencia de la Información	Objetivo General de Gerencia de la información
Política de Talento Humano	Objetivo General de Talento Humano
Política Integral de Gestión de Calidad	Objetivo General de gestión de Calidad
Política de Seguridad del Paciente	Objetivo General de Seguridad del Paciente
Política Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia	Objetivo General de IAMI

Fuente: Plan Estratégico Institucional

Las anteriores políticas y objetivos de este plan se desarrollarán a través de los siguientes proyectos estratégicos, con sus respectivas metas:

CUADRO NO 23
PROYECTOS PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL HOSPITAL MEISSEN 2009-2012

PROYECTO	META
Auto sostenibilidad financiera.	En el año 2012 lograr el punto de equilibrio financiero en el nuevo hospital Meissen
Interfase entre sistemas Software	En el año 2012 tener implementado un sistema de información medico administrativo, que cumpla con las necesidades de información Asistencial, Financiera, Económica, Social y Ambiental, interfaseada y que brinde información en tiempo real.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

PROYECTO	META
Servicio Humanizado	Para el año 2012 mejorar el porcentaje obtenido en el año 2008 en la encuesta de satisfacción de los usuarios en el criterio CALIDAD DEL SERVICIO
Implementación e Integración de los sistemas de gestión de Calidad.	-Obtener la certificación en Acreditación en salud por el ente acreditador (INCONTEC). -Implementar al 100% los sistemas de Gestión de calidad bajo las normas NTC GP100:2004;ISO9001:2008;OHSAS18001:2007 y el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. -Obtener la certificación en todos los procesos del hospital bajo las normas NTCGP1000:2004;ISO 9001:2008;OHSAS18001:2007. -Integrar al 100% los sistemas de Gestión de calidad bajo las normas NTC GP1000:2004; NTCISO9001:2008;NTCOHSAS18001:2007 y el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
Hospital Meissen-Hospital Seguro	Tener implementado un modelo de seguridad del paciente para el hospital Meissen
Lactancia Materna	Certificar el Hospital Meissen en el año 2012 como Institución amiga de la mujer y de la infancia-IAMI
Plan de Intervención Colectiva PIC: "IMPACTO SOCIAL"	Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población de la localidad de Ciudad Bolívar y el distrito Capital, articulando los objetivos Distritales, sectoriales e institucionales y cumpliendo las metas de salud del Distrito C

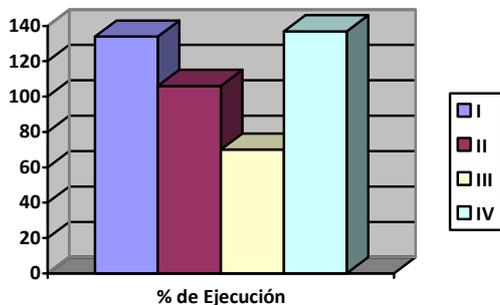
Fuente: Plan Estratégico Institucional

Proyecto Auto Sostenibilidad Financiera

Para la vigencia de 2009 en este proyecto se establecieron quince actividades, tendientes a cumplir con los propósitos trazados en el plan de desarrollo institucional, las cuales obtuvieron un nivel de cumplimiento del 95%.

Se destaca dentro de estas, la actividad "Recaudo de cuentas por cobrar", cuyo comportamiento trimestral presentó la siguiente variación:

TRIMESTRE	% de Ejecución
I	134
II	106
III	70
IV	137



El anterior gráfico nos muestra que la gestión adelantada en la actividad de recuperación de cartera durante el primer semestre fue de mayor eficacia respecto del segundo semestre con una variación del 14%.

Las doce actividades restantes alcanzaron un nivel medio de cumplimiento superior al 85% durante la vigencia.

Proyecto Interfase entre Sistemas Software:

Para la vigencia de 2009, este proyecto diseñó catorce actividades para dar cumplimiento a las metas y objetivos propuestos, estas se ejecutaron en su totalidad es decir en el 100% aspecto que denota eficacia en el cumplimiento de la meta.

Proyecto Servicio Humanizado:

Con el fin de dar cumplimiento a este proyecto se plantearon catorce actividades las cuales se desarrollaron durante el transcurso del segundo semestre de 2009 en un 100%, este hecho permite establecer falencias en el aprovechamiento de los recursos y deficiente nivel de eficiencia en el primer semestre del año.

Así mismo la variación en el cumplimiento de la meta “Mejorar a diciembre de 2009 la mejora en la encuesta de satisfacción de los usuarios año 2008 en el criterio CALIDAD DEL SERVICIO 82.29%” fue del 2.5%, índice que garantiza la eficacia del cumplimiento de la meta.

Proyecto Lactancia Materna:

En este proyecto se propusieron siete actividades las cuales se ejecutaron en el 100%, sin embargo, la ejecución de cada una de ellas muestra como las actividades de capacitación de usuarios en lactancia según demanda se inició en

enero y la capacitación del personal de salas de parto que dio comienzo en el mes de agosto fueron las de mayor participación toda vez que realizaron 996 eventos.

Es de anotar que las actividades de estructuración del programa de lactancia materna para el cliente interno y externo se realizaron en el último mes de la vigencia, situación que impide emitir el avance y logros respecto de los objetivos y política de la entidad en términos de eficiencia y eficacia.

Proyecto Plan de Intervención Colectiva PIC: “impacto social”:

Para este proyecto se citaron diez actividades, dentro de las cuales se hayan inmersas algunas que contemplan la parte misional de la entidad en correlación con el Plan de desarrollo Distrital, estas actividades registran un nivel de cumplimiento del 100%. Las actividades que se implementaron para la parte misional tienen una observancia desde cada una de las áreas de forma integral y a su vez articuladas con las metas de salud del distrito.

Es así como a través de las subdirecciones científicas de Servicios hospitalarios, Servicios de apoyo, Servicios quirúrgicos y de Servicios ambulatorios, la entidad presenta niveles de cumplimiento superiores respecto de la vigencia anterior.

Indicadores

Cuadro No 24
INDICADORES PRODUCTIVIDAD

SERVICIO	2008	2009	VARIACION
Terapia respiratoria	429.4	656.6	52
Terapia física	281.6	359.0	27
Imágenes diagnosticas (Ecog)	43.4	49.7	25
Urgencias adulto	26.8	33.9	26
Urgencias pediátricas	15.4	19.4	25
Medicina general C.E.	9.8	13.3	35

Fuente oficina Planeación Hospital Meissen

Existen indicadores de cumplimiento para cada uno de los procesos, de igual manera existen indicadores de productividad, los cuales muestran con relación a la vigencia anterior índices favorables superiores o iguales al 25% en actividades como terapia respiratoria, terapia física, imágenes diagnosticas (Ecog), urgencias adulto, urgencias pediátricas y medicina general, incremento que obedece a la puesta en marcha de mayor capacidad instalada. Los demás indicadores reflejan índices superiores al 10% en actividades como exámenes de laboratorio, imágenes diagnosticas (Rx), optometría, tratamientos odontológicos, actos y eventos quirúrgicos entre otros.

Conclusión:

Para efectos del análisis y cumplimiento de de las políticas, objetivos y metas de los proyectos por parte de la entidad durante la vigencia 2009, se cotejaron los documentos soportes inherentes a las actividades realizadas en el desarrollo de cada uno de estos, determinando que el hospital dio cumplimiento en términos de eficacia a lo programado.

La eficiencia en la administración de los recursos en el aspecto misional del Hospital para cada una de las políticas, objetivos y proyectos permite observar que la ejecución de los mismos respecto de los resultados obtenidos en cada una de las áreas operativas y el cumplimiento de las metas ha sido optima, toda vez que respecto de la vigencia anterior se incremento la productividad de bienes y ervicios en las áreas.

Así mismo la asignación de estos para la ejecución y cumplimiento de las políticas, objetivos, proyectos y metas está determinada proporcionalmente al nivel de ingresos para cada uno de los rubros conforme a las necesidades y prioridades establecidas, denotando equidad en la distribución de los recursos.

Es importante precisar que la administración y ejecución de dichos recursos, le han permitido a la entidad a través de los ingresos corrientes por venta de servicios alcanzar un nivel de auto sostenibilidad financiera, aspecto significativo en el nivel de eficiencia.

No obstante lo anterior se observa algunos proyectos como “Creación del laboratorio de aseguramiento metrológico para equipos biomédicos”, “Programa de atención domiciliaria”, no precisan su correlación con los proyectos del plan estratégico institucional tanto en la meta principal, objetivo principal ni específicos.

Los resultados obtenidos por la entidad en lo administrativo, operativo y con base a los procesos y procedimientos desarrollados evidencian que a través del seguimiento realizado a los reportes de cada una de las áreas, permiten observar que los controles establecidos para la medición y el cumplimiento tanto de las actividades como de los objetivos han sido efectivos y representan mejoramiento.

Con base en lo arriba antes enunciado y teniendo en cuenta los logros y resultados obtenidos este ente de control califica la gestión en términos de eficiencia, eficacia, equidad, dentro de una escala de 1 a 5 con una calificación de cuatro (4)

3.6.2. EVALUACION BALANCE SOCIAL

RECONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL

La entidad registra dentro del informe cinco problemas. En la evaluación se tomaron dos de ellos, observando que estos son presentados como proyectos, situación que se aparta de la metodología para su formulación, e igualmente presentan falencias en la identificación y reconstrucción de los problemas, pues estos no son concretos y claros.

En el primero de ellos no es preciso identificar el problema toda vez que describe “En ciudad Bolívar la alta proliferación de mascotas es un problema para la salud pública...”, así mismo en el cuadro resumen identifica como problema “Transmisión de enfermedades zoonóticas y aumento en los accidentes rábicos”.

En el segundo caso se presenta la misma situación dado que no existe claridad si el problema es “En la actualidad el embarazo precoz es un problema de salud pública” y/o “Es frecuente ver niñas madres y gestantes solas en el proceso de educación en el proceso de gestación de los hijos todo esto por la falta de conciencia, educación sexual.....”

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS Y EFECTOS

Dentro de las causas identificadas por la entidad en el primero de los casos se encuentran: La tenencia inadecuada de mascotas y el alto potencial reproductivo de la población canina y felina, hechos que constituyen riesgo y peligro para la salud humana especialmente en la población infantil.

Por ser de competencia y obligatoriedad de velar por la salud, la entidad debe intervenir y tomar las medidas y acciones tendientes a reducir y/o mitigar los riesgos de transmisión de enfermedades, controlar el inadecuado crecimiento reproductivo de la población canina y felina y generar en la población humana la cultura de tenencia adecuada de mascotas.

Las causas expuestas en el segundo, son el continuo crecimiento de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años y se estima como causa de este fenómeno al que no hay iniciativas de atención integral para adolescentes gestantes/lactantes con un enfoque biopsicosocial.

Existen otras causas del resorte de otras entidades tales como la secretaria de educación, secretaria de integración social y otras. El hospital entra a participar en

la problemática en el evento de la conceptualización del embarazo como un problema el cual podría generar desestabilización emocional y al mismo tiempo no dar cuidado adecuado a la gestación, al lactante de lo cual se pueden derivar diferentes patologías.

FOCALIZACION

Frente a la problemática y de acuerdo a los estudios poblacionales, censos y estadísticas la entidad posee una georeferenciación según las zonas de influencia (barrios y UPZ), de la misma manera tiene conocimiento de los grupos poblacionales (mujeres, hombres, adultos, adulto mayor, niños y otros) e identifica los estratos existentes, la población vulnerable y población de la calle.

La entidad si bien es cierto tiene identificada la influencia en la localidad, no tiene segmentado en los barrios el número de habitantes afectados por el problema de manera que esta cifra sirva de base para la medición de las metas.

ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROBLEMA

Se reporta en el informe como actores los siguientes:

- Alcaldía Local de Ciudad Bolívar- viabiliza y financia los proyectos a través del fondo de desarrollo local
- Hospital de Meissen II Nivel E. S. E. - Ejecuta las actividades del proyecto
- Propietarios de los animales – Autorizan y llevan los animales para las jornadas de vacunación y esterilización
- 300 madres/padres adolescentes gestantes/lactantes- son la razón de ser de los proyectos

No se mencionan las entidades distritales que también tienen relación directa con las problemáticas identificadas como son: Secretarías de Salud, Educación, de Integración Social las cuales tienen alto grado de intervención en estas problemáticas, toda vez que en el primero de los casos son los que fijan las políticas en materia de salubridad, en el segundo caso la educación y generación de espacios de socialización, oportunidad son del resorte de Integración Social.

INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCION DE LOS PROBLEMAS A NIVEL DE LA ADMINISTRACION

La primera problemática se enmarca dentro del objetivo estructurante Ciudad de Derechos, programa Bogotá Sana, proyectos Comunidades Saludables y Gestión Social e Integral para la Calidad de vida.

Con base a lo reportado en el informe del balance social la entidad no precisa con exactitud el objetivos estructurante, la política y programa, registra como política de la administración “Ambiente Vital”, cuando este es un programa del objetivo estructurante “Derecho a la Ciudad”.

De la misma manera para la segunda problemática muestra como política “Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud”, siendo este un programa del objetivo Ciudad de Derechos. Así mismo este ente de control considera que los programas esbozados en el informe no muestran correlación con la problemática expuesta.

A NIVEL DE LA ENTIDAD.

La entidad formuló el proyecto 5929 “FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD” con el propósito de atender la problemática, a través de dos componentes cuyos objetivos generales y específicos son coherentes con la problemática en busca de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y generar actitudes encaminadas al desarrollo de una maternidad y paternidad saludables.

METAS FORMULADAS EN EL PROYECTO Y/O ACCIONES

En la focalización de la problemática del primer caso se hace referencia a una población canina en viviendas de 71.602 y 24.758 animales callejeros en la localidad 19, es decir una población de 96.360, esto sin cuantificar la población felina en viviendas ni callejera. La entidad se plantea la meta de beneficiar 925 propietarios de hembras caninas y felinas, es decir, el 1.00% del total de la población, índice no representativo frente a las pretensiones de alcanzar logros de incidencia para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

La meta en el segundo de los casos es dar cobertura a 300 madres/padres adolescentes gestantes/lactantes, entre los 13 y 27 años, de estratos 0,1, 2, y 3, meta que se cumplió. La población específica del proyecto de acuerdo al informe es de 235.090, es decir se le dará cobertura al 0.12% de la población, índice que al igual que en el caso anterior no es representativo que permita generar un cambio de actitud en lo atinente a una maternidad y paternidad saludable.

PRESUPUESTO ASIGNADO

Según la entidad la asignación de recursos para ejecutar los componentes del proyecto 5929 hizo por parte del Fondo de Desarrollo Local y conforme a las dos problemáticas fue del orden de \$92.000.000 y \$147.200.000 respectivamente.

RESULTADOS EN LA TRANSFORMACION DE LOS PROBLEMAS

Este ente de control considera que los resultados y logros en la transformación de la problemática en la localidad 19 durante la vigencia del 2009 no conducen a su eliminación y/o minimización, toda vez que la formulación del proyecto limita el alcance.

NIVELES DE CUMPLIMIENTO

Las actividades propuestas alcanzaron un nivel de cumplimiento del 100%, sin embargo este cumplimiento frente al logro de los objetivos es mínimo y no cumple con las expectativas teniendo en cuenta la población en riesgo de la localidad. La entidad relaciona limitaciones que se presentan en la ejecución del proyecto para alcanzar niveles de mayor cobertura y así generar impacto social representativo.

INDICADORES

La entidad muestra los indicadores de cumplimiento sobre las actividades proyectadas, sin embargo no muestra un indicador comparativo respecto a los problemas como tal, es decir, el alcance frente a la población (población afectada v/s población beneficiada, número de eventos presentados por mordeduras de caninos y felinos v/s número de eventos resueltos, barrios afectados v/s barrios beneficiados, no hay indicadores de impacto.

PRESUPUESTO EJECUTADO

Como se dijo anteriormente el proyecto es financiado con dineros del Fondo de Desarrollo Local y se ejecuta presupuestalmente a través del rubro contratación de servicios asistenciales, la entidad en su informe presenta el presupuesto ejecutado por actividad, es así como para cumplir con la meta de atender 925 ejemplares caninos se ejecuto un presupuesto de \$92.000.000., es decir \$99.425 por cada uno. Para atender 300 personas madres/padres ejecuto \$147.200.000, equivalente a \$491.000 percápita. La ejecución del presupuesto fue del 100% en cada uno de los proyectos.

LIMITACIONES Y PROBLEMAS DEL PROYECTO

Una de las limitantes expuestas por la entidad es la corta disponibilidad presupuestal si se tiene en cuenta la cantidad de hembras caninas y felinas en la localidad, situación difícil en razón a que se tendría que contar con un presupuesto significativo para erradicar esta problemática.

De la misma manera hace mención a la participación por parte de la población afectada por disponibilidad de tiempo, evidenciando falta de interés, aspecto que muestra que existe la necesidad de replantear las estrategias, situación que se pudo evidenciar y corregir oportunamente.

EFFECTOS DEL PROYECTO Y/O ACCIONES SOBRE EL PROBLEMA

Con base a las metas planteadas, el bajo nivel de población atendida y haber desarrollado las actividades en un 100%, no es posible concluir que se hayan generado cambios que determinen significativamente modificación y efecto en la problemática y cultura de la gente.

La entidad no presenta acciones que haya realizado para medir los resultados (encuestas de percepción y seguimiento a la población y/o grupos beneficiados), como tampoco el indicador correspondiente.

POBLACION O UNIDADES DE FOCALIZACION ATENDIDAS

Focalizados en la localidad 19 se determino un universo de población para la problemática canina y felina de 96.360, sumados la población en viviendas y callejeras, atendiendo a través del proyecto 5929 un segmento de 965 ejemplares. La problemática sobre niñas y madres... gestantes detecto un universo de 235.090 habitantes susceptibles de sufrir un embarazo no deseado o precoz atendiendo un segmento de 300.

POBLACION O UNIDADES DE FOCALIZACION ATENDIDAS

El segmento de población programado se atendido durante la vigencia se cumplió,, sin embargo se dejo de atender el 99%, equivalente a 95.365 y el 99.08% que asciende a 234.790 de cada problemática respectivamente. Para este ente de control el planear atender un segmento mínimo demuestra la poca atención dada a los problemas y a la población focalizada. De la misma manera refleja deficiencias en planeación respecto de la prioridad establecida, toda vez que la entidad no ha dimensionado la magnitud de los problemas.

DIAGNOSTICO FINAL DEL PROBLEMA

El hospital considera que se logró el objetivo fundamental del proyecto al lograr “contribuir al mejoramiento en las condiciones de salud, calidad de vida y ambiente de los habitantes de los micro territorios de la localidad.....”. Este ente de control no comparte dicha apreciación toda vez que pese a haber cumplido las metas propuesta, el proyecto no es coherente en el planteamiento de las metas y el nivel de cobertura frente al universo poblacional no es representativo y su alcance no soluciona ni mejora las condiciones de salud y la calidad de vida de la localidad. Los niveles de atención no generan impacto social representativo

Conclusión

Con base en lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la entidad cumplió con lo programado ante las problemáticas planteadas por la para contribuir al mejoramiento de las de salud y mejorar la calidad de vida de la población, este ente de control considera que la gestión social realizada por la entidad a la atención de las problemáticas expuestas por la entidad en cada uno de los casos citados cumplió con los requerimientos de la normatividad.

3.6.3 EVALUACIÓN DEL POT (Plan Maestro de Equipamientos en Salud)

A través del Decreto 318 de 2006 se adoptó el plan maestro de equipamientos en salud “PMES”, este dentro de sus políticas plantea lograr la disponibilidad de suelos para el desarrollo físico de los equipamientos físicos en salud a corto, mediano y largo plazo.

En el Plan de Desarrollo “Bogotá positiva”, se determinaron los proyectos 633 “desarrollo de la infraestructura hospitalaria” y el proyecto 636 “Plan Maestro de equipamientos en salud”, estableciendo lo siguiente:

Con corte a abril 30 de 2010, la implementación de PMES el cual se puso en marcha desde el 2006, por parte del Hospital Meissen, como instrumento de programación y ejecución de la inversión pública.

Se realizó la verificación de la información en cumplimiento de las normas que obligan la revisión y estado de avance de la ejecución del PMES. Este estudio se realizó con cada uno de los referentes de administración y control del Hospital.

Una vez estudiada cada una de las normas y verificada la información aportada por el Hospital se procedió a realizar la complementación por medio de los siguientes datos y cuadros:

La definición de políticas, objetivos, estrategias y metas de largo, mediano y corto plazo. Si cumplió; a este respecto se observó la ejecución de la obra del Hospital en su primera fase.

1. Las proyecciones de población.
Si cumplió, dentro de los estudios se anexa la información. A este respecto se señala que ha habido crecimiento y por tanto su capacidad se amplió.
2. La definición de los componentes y estructuras necesarias para la prestación del respectivo servicio.
Si cumplió, se señala de igual forma la ampliación.
3. La formulación de los proyectos y el cronograma de ejecución.
Si cumplió, sin embargo existen algunas áreas que se ejecutarán en conjunto con la segunda fase.
4. La definición de parámetros para la aplicación de los mecanismos de gestión para generar el suelo necesario para el desarrollo de los proyectos.
Si cumplió, a este respecto se informa que el terreno está cedido en comodato.
5. El análisis, evaluación y diseño de los aspectos financieros y económicos.
Si cumplió, para lo cual se hizo necesario adiciones y prorrogas.
6. El análisis, evaluación y definición del impacto del plan maestro en las condiciones sociales.
Si cumplió, hecho reflejado tanto en la atención como en el impacto local a nivel de tráfico y del espacio público.
7. El análisis, evaluación y diseño de la estrategia ambiental y de reducción de vulnerabilidad.
Si cumplió, este se establece dentro el proyecto, desde su aprobación en la curaduría urbana
8. Los mecanismos de seguimiento, evaluación y ajuste del Plan
El hospital cumplió con el seguimiento y evolución del proyecto a través de informes de Interventoría y la parte directiva.
9. La cartografía de soporte.
Existen los planos y estudios pertinentes

CUADRO N° 25
CUADRO DE SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1. Cuadro comparativo entre recursos asignados por proyecto y recursos efectivamente ejecutados para la respectiva vigencia fiscal	Si cumplió	Se recibió la información con asignación de: \$33.288.000.000 y ejecución de \$68.273'434.565. en la vigencia 2009, No se presento cuadro comparativo por fase.
2. Inversiones proyectadas para la siguiente vigencia y recursos disponibles.	Si cumplió	Se tiene la inversión para el año 2010 \$1.3336 millones, según datos reportados.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
3. Cuadro comparativo de metas fijadas por vigencia fiscal, frente a metas cumplidas, anexando el cronograma respectivo.	Si cumplió	Se cumplió al 100% de las metas fijadas según lo reportado por el Hospital, sin embargo aun existen actividades por realizar tales como salida del punto fijo de salida de emergencia. Cronograma adjunto. Del cual se adjunta hallazgo.
4. El Impacto social generado a través de los diferentes proyectos ejecutados y en cumplimiento de las normas contenidas en el referido plan, que le impone obligaciones a los particulares.	Si cumplió	Se soporto en el informe presentado así: capacidad instalada, accesibilidad, No. De atenciones y número de usuarios, estudio de transito, oportunidad, continuidad, pertinencia.
5. Dificultades que se han presentado en la ejecución de los planes maestros y estrategias que se han implementado para superarlas.	Si cumplió	Consecución de mano de obra calificada, solicitud de mayor carga eléctrica, y retraso en la obra por demora de entrega de equipos.
6. Impacto ambiental generado por la adopción de cada plan maestro especificando los impactos ambientales, así como la protección a la Estructura Ecológica Principal generados.	Si cumplió	Respecto a montos están inmersos en el proyecto de la obra del Hospital, se han realizado simulacros de evacuación, capacitación en temas de trabajo en altura, seguridad y rutas de evacuación.
7. Participación de las diferentes comunidades en la puesta en marcha de los planes maestros, determinando los espacios de participación ciudadana realizados y especificados por cada UPZ.	Si cumplió	Se tiene un comité de la comunidad que participa activamente inclusive en la junta directiva, en la veeduría de la obra, oficina de atención al usuario, reuniones con COPASO.
8. Verifique si hubo la debida divulgación de los planes maestros a la sociedad.	Si cumplió	Se adjunta cartilla entregada a la comunidad, y complementos en informe presentado a esta Auditoria.
9. Cuantificación de predios afectados por regularizaciones e implantaciones en cada plan maestro.	Si cumplió	Se contempla regularización con resolución No. 0156 adjunta expedida por el DAPD.

Fuente: Informe PMES de la Entidad

CUADRO NO 26

MATRIZ DE VERIFICACIÓN DE LOS COMPROMISOS DEL 'INFORME SOBRE EL ESTADO DE AVANCE DEL 'PLAN MAESTRO DE: EQUIPAMIENTOS DEL HOSPITAL MEISSEN PARA BOGOTÁ D.C.'.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ENTIDAD DISTRITAL COORDINADORA HOSPITAL MEISSEN - DIRECCIÓN DE CONTRALORÍA
SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL – VIGENCIA 2009.

Compromisos según lo demandado en el Acuerdo 223 de 2006	La información es satisfactoria en cuanto a la calidad y cantidad			Detalle sobre las Categorías de la información por compromiso	Indicadores	OBSERVACIONES	
	hasta un 30%	hasta un 60%	mas de un 80%				
1. Cuadro comparativo entre recursos asignados por proyecto y recursos efectivamente ejecutados para la respectiva vigencia fiscal.			X	\$15.269 Para 2008 \$6.107 para 2009 \$100.0 dotación	\$11.060 \$3.879 \$26.0	72.4 % 63.5 % 27%	Según la información aportada en forma magnética se recibieron los datos de la vigencia 2008 y 2009. En la que se establece una ejecución de 72.4%.
2. Inversiones proyectadas para la siguiente vigencia y recursos disponibles.			X	\$1.336	\$1.336	100 %	Según los datos aportados este rubro aun se tiene para la vigencia 2010.
3. Cuadro comparativo de metas fijadas por vigencia fiscal, frente a metas cumplidas, anexando el cronograma respectivo.			X	\$33.288	\$68.273'434.565	100 %	Las metas se ejecutaron en un 100% en 2009 según el informe presentado sin embargo lo proyectado incluía la segunda fase administrativa que actualmente está en iniciación.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>4. El Impacto social generado a través de los diferentes proyectos ejecutados y en cumplimiento de las normas contenidas en el referido plan, que le impone obligaciones a los particulares.</p>		X	<p>El Hospital no tiene un rubro específico.</p>		NA	<p>La entidad describe estos impactos como los cambios alcanzados por la población beneficiaria a través de la puesta en marcha o del mejoramiento de cada equipamiento.</p>
<p>5. Dificultades que se han presentado en la ejecución de los planes maestros y estrategias que se han implementado para superarlas.</p>		X			NA	<p>Consecución de mano de obra calificada, solicitud de mayor carga eléctrica, y retraso en la obra por demora de entrega de equipos.</p>
<p>6. Impacto ambiental generado por la adopción de cada plan maestro especificando los impactos ambientales, así como la protección a la Estructura</p>		X	<p>No existe rubro específico para este ítem.</p>		NA	<p>Respecto a montos están inmersos en el proyecto de la obra del Hospital, se han realizado simulacros de evacuación, capacitación en temas de trabajo en altura, seguridad y rutas de evacuación.</p>



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Ecológica Principal generados.						
7. Participación de las diferentes comunidades en la puesta en marcha de los planes maestros, determinando los espacios de participación ciudadana realizados y especificados por cada UPZ.			X			NA Se tiene un comité de la comunidad el cual participa en los procesos de contratación, incluso en la Junta Directiva.
8. Verifique si hubo la debida divulgación de los planes maestros a la sociedad.			X			Se adjunta cartilla entregada a la comunidad, y datos complementarios en medio magnético.
9. Cuantificación de predios afectados por regularizaciones e implantaciones en cada plan			X			El Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD) expidió la Resolución No. 0156, por la cual se adopta el Plan de Regularización y Manejo del Hospital Meissen II Nivel con fecha 26 de febrero de 2007.

maestro.							
----------	--	--	--	--	--	--	--

Esta matriz se elaboró con base en los soportes y respuestas dadas por la administración en la visita fiscal, y en lo oficiado a la entidad.

Con base en lo expuesto anteriormente en la matriz de seguimiento al PMES este ente de control observó que no se cumplió en su totalidad con lo establecido en lo solicitado por la Dirección de Economía y Finanzas. El Hospital presentó el informe a la dirección de planeación y Sistemas de la Secretaria Distrital de Salud, más no a la Secretaria de Planeación Distrital y/o al Concejo de Bogotá.

3.7. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

El desempeño Ambiental Interno del Hospital Meissen presenta una asignación de 74 puntos en un rango de 1 a 100 para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología desarrollada por la Dirección de Recursos Naturales de la Contraloría de Bogotá, de los cuales se asignan 34 a la información general del componente ambiental como es el caso de la implementación del sistema de gestión ambiental, determinación de metas y objetivos ambientales internos, identificación de impactos ambientales, requisitos ambientales exigidos en los procesos de compra, etc.

3.7.1 Recurso Hídrico

Obtuvo una asignación de 8 puntos de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales.

3.7.1.1 Verificados los recibos de consumo de agua de las sedes que componen el hospital se observa que el consumo correspondiente a la vigencia 2009 es de \$194.1 millones, cruzado este valor contra lo reportado en SIVICOF \$193.9 millones se presenta una diferencia de \$0.20 millones, referente al consumo en m³, se observa que el valor reportado en SIVICOF 9.024,5 m³ y el valor de acuerdo a la sumatoria de los recibos de acueducto de cada una de las sedes por la vigencia 2009 es de 54.385 m³ con una diferencia de 45.360,50 m³ lo que origina falta de confiabilidad en la información transgrediendo lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el párrafo 1 del artículo 9 de la

Resolución Reglamentaria 034 de 2009, por falta de verificación entre las áreas que reportan y manejan la información.

3.7.1.2 Se verificó el mantenimiento a los tanques de almacenamiento de agua de las diferentes sedes (casas en arriendo) cada tres meses acorde con los soportes entregados, por la coordinación de mantenimiento, en las sedes laboratorio, administrativa, ropa hospitalaria, nutrición, control de citas, casa estadística y casa rosada etc., dicho mantenimiento se realiza con personal que labora directamente por el Hospital en esta área. Se observó que en las certificaciones del lavado de tanques efectuado por la oficina de mantenimiento correspondientes a las fechas registradas entre enero y junio de 2009, fueron firmados por la ingeniera Carol Viviana Trujillo Rocha, observándose contradictoriamente que en el lapso citado anteriormente ejercía por medio de los contratos de los contrato 6-070 y 6-309 como coordinador de mantenimiento el señor Eduardo Bayona Romero, como se observa claramente en las ordenes de mantenimiento a las cajas de inspección y las relaciones de pago de servicios públicos los cuales son responsabilidad de la coordinación en mención, lo que genera falta de confiabilidad en la información incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el numeral 34 de la ley 734 de 2002.

En el proceso de la evaluación del componente hídrico se observó que de acuerdo a lo reportado en el documento electrónico CBN – 1111(Información Gestión Ambiental Institucional Interna) numeral 1.13 (valor de las inversiones ambientales internas) como costo por el lavado de tanques se estipulo un valor de \$365.760 concordante la orden de prestación de servicios No. 183 de 2009 con la empresa Agua Tanques Motobombas y Reparaciones Ltda., no obstante en los soportes enviados a este equipo de auditoria por medio del oficio GHM – 232 de fecha 15 de febrero se enviaron dos certificaciones adicionales de lavado de tanques con las firmas Instalaciones Hidrosanitarias H.B. de fecha 10 de agosto de 2009, a nombre del Consorcio Hospital Meissen Arquitecto Luís Alejandro Fernández y la segunda con HIDROREDES, Redes y Servicios Ambientales Ltda. Certificando servicio el 25 y 26 de febrero de 2009, al evidenciar la falta de concordancia tanto en valor como en el contratante se pidió a la Administración por medio del oficio 100000 – 411 -27 de fecha 16 de marzo de 2010 los elementos contractuales suscritos con estas dos firmas durante la vigencia 2009, la administración contesta con oficio No. GHM – 399 recibido en marzo 17 de 2010, en donde se manifiesta que después de revisadas las bases de datos de la institución, no se encontró ningún contrato suscrito con las firmas en mención.

Adicional a lo anterior el primer servicio trasladado a la sede nueva del hospital fue consulta externa en enero de 2009 y el último fue laboratorio en octubre de 2009 y la fecha del contrato efectivo es de 28 de agosto con una duración de 30 días

calendario, el servicio se prestó el 18 de septiembre cuando había un servicio dentro del antiguo hospital, situación que genera inconsistencias en la información.

En el reporte de servicio de la empresa Agua Tanques Motobombas y Reparaciones LTDA del día 18 de septiembre de 2009 se observa que se deja como inconsistencia que el tanque no tiene tapa y que encontraron residuos de fibra de vidrio (desprendimientos) material con que esta elaborado el tanque. Se solicitó al Hospital las acciones correctivas que implementó a este respecto, la Administración contesta con el oficio No. GHM – 458 de 2010 de fecha 25 de marzo en donde se manifiesta que la tapa se retira previamente para realizar el respectivo lavado, situación no entendible por cuanto el contratista es técnico y debe saber realizar lo contratado, con el mismo oficio se anexa el plan de mejoramiento hospitalario en donde se establecen como acción de mejoramiento propuesta, construir tanques de almacenamiento de agua que garanticen 48 horas de servicio y que cumplan con las características de conservación del agua en las nuevas instalaciones del Hospital, las fechas establecidas para la acción de mejoramiento son septiembre 21 de 2009 al 31 de octubre de 2009, fechas en las cuales ya estaba en servicio el nuevo hospital, debido a que el mes de enero se trasladó el primer servicio siendo esta Consulta Externa y el último fue laboratorio clínico en octubre de 2009, por tanto las acciones de mejoramiento establecidas en el plan no obedecen a las observaciones establecidas por el contratista y no se podían ejecutar el plan, debido a que son obras contempladas en el proyecto de la nueva sede y que ya habían sido ejecutadas.

De acuerdo a lo manifestado en la respuesta referente a que el lavado lo realizó el consorcio constructor en agosto de 2009 debido a que los tanques se encontraban a cargo de este. A juicio de este órgano de control no ve bien visto que un contratista realice labores propias de la Administración, ya que estas pueden generar un riesgo de reclamación por parte del mismo, se verificó el cumplimiento de la orden de servicio 330 de 2008.

Se evidenció que el Hospital tiene un Subprograma de uso eficiente del Recurso agua con un objetivo alcance metas y estrategias, que son: Cuantificar los consumos mensuales para cada una de las sedes, cambiar las unidades sanitarias de 12 litros por 6 litros, Implementar sistemas de ahorradores válvulas en la unidades sanitarias, lavamanos lavaplatos e Implementar la captación de aguas lluvias que pueden ser utilizadas para la limpieza.

3.7.1.3. Respecto de la evaluación de las metas se verificaron y se entregó a esta auditoría el archivo magnético de los promedios de consumos de los servicios públicos, en lo concerniente a las unidades sanitarias se cambiarían de 12 lts a 6 lts de capacidad, se verificó que las unidades instaladas en la nueva sede son las

de menor capacidad, se observó la implementación de ahorradores tipo plus en los lavamanos de los baños de habitaciones de los usuarios, así mismo se evidenció que en el piso cuarto en una de las habitaciones estaba mal calibrado el ahorrador, el cual duro más o menos 2 minutos con caudal y el resto de los lavamos al los cuales se les realizó la prueba solo duraban 10 segundos por cada pulsación realizada, originando mayor consumo del recurso, por falta seguimiento y control; incumpliendo el objetivo del subprograma de Uso Eficiente del Recurso Agua contenido en el Plan Interno de Gestión Ambiental (PIGA) concertado con la Secretaria Distrital del Ambiente el cual fue adoptado por la entidad.

Respecto de la vajilla utilizada para el suministro de dietas las cuales presentan unas calidades específicas de alta eficacia, se observa por parte de las personas que la manipulan un inconveniente, debido a que en los puntos de nutrición (cocinetas) ubicados en cada piso de hospitalización de la sede nueva del hospital no se cuenta con agua caliente (mezcladores) que es uno de los requerimientos para el lavado de la misma, esto con el fin de que no pierda sus calidades y cualidades de fabricación y las dietas cuando lleguen a los pacientes no pierdan su temperatura y por ende el requisito de suministrar los alimentos calientes. Esto concordante con lo consignado en el punto anterior.

Se realizó visita con la comunidad y dos representantes del Hospital el 4 de marzo de 2010 a la nueva sede del Hospital, Archivo Estadística 1, Central de Citas No. 2 y Archivo, Sede de Nutrición detectando las siguientes observaciones consignadas en la respectiva acta:

En el archivo de las historias clínicas, se observó en dos de ellas que han pasado más de cinco años desde la última actuación y no se han enviado al archivo central, se evidencia la existencia de goteras, obstrucción del paso, en pasillos y escaleras por acumulación de cajas con el archivo de las historias clínicas falta de aseo (sedes de archivo ver anexo fotográfico No .4.3)

3.7.1.4 Aunado a lo consignado en el numeral anterior la Administración presentó las siguientes aclaraciones las dos historias tomadas como muestra están ubicadas en los módulos 36 y 40 respectivamente, el archivo de historias clínicas esta en proceso de depuración lo cual implica actividades como revisar la historia, organizarla, sistematizar y unificarlas, para esta labor se cuenta con 3 personas, en el momento de la visita la depuración se localizaba en el modulo 17, no obstante lo anterior se observa gran volumen de historias clínicas que a la fecha deberían de reposar en el archivo central, debido a las condiciones físicas de las casa donde funciona estadística I y II, se depositan cajas en la escaleras pasillos etc., igualmente no hay libre circulación se presenta entorpecimiento para que los funcionarios laboren adecuadamente. De acuerdo a la norma se establece

que la historia clínica debe conservarse, por 20 años contados a partir de la última actuación, de los cuales son 5 años en el archivo de gestión y 15 en el archivo central transcurrido este término podrá destruirse, lo que genera gran acumulación de historias en esta sede y la no adecuada conservación de las mismas por lo que se incumple lo establecido en el artículo 15 capítulo III de la Resolución 1995 de 1999 e igualmente el plan de evacuación de emergencias, por la obstrucción de las vías de circulación (pasillos y escaleras) lo que generaría consecuencias mayores o riesgos en el proceso de evacuación al momento de una emergencia contraviniendo lo establecido en la Norma Colombiana ICONTEC 1700. Higiene y seguridad. Medidas de evacuación en edificaciones. Medios de evacuación, por lo anterior se consolida hallazgo administrativo.

3.7.1.5 En la sede de nutrición se observó que no hay baños separados para hombres y mujeres igual sucede con los vestieres aunque los mismos están debidamente marcados y con seguridad, al revisar los depósitos y neveras se observa falta de estibas para el almacenamiento de los alimentos las neveras presentan deterioro en las parrillas donde se depositan los alimentos y la nevera de lácteos le falta la tapa interior del refrigerador, alimentos como el arroz oriental y la lenteja no tienen fecha de vencimiento, al ingresar al área de cocción de los alimentos se presentan, concentración de calor en la zona de preparación de dietas, tubos de lavaplatos en mal estado y almacenamiento del agua en baldes, pintura deteriorada, falta de orden y aseo en general.

De lo anterior la Administración realizó medidas como la ubicación de estibas y cajas plásticas apilables para el almacenamiento de los alimentos perecederos, en las neveras se ubicaron bandejas sobre las cuales se depositan los alimentos, se realizó labores de limpieza y arreglo de tubos de los lavaplatos, las demás observaciones continúan. Generando pérdida de la cadena de frío, o mayor consumo de energía en el caso de la nevera sin tapa, riesgos en el consumo de alimentos en el caso de los alimentos sin fecha de vencimiento, riesgo de contaminación de las dietas en el caso de rompimiento de las lámparas halógenas lo anterior incumple establecido en el numeral 5.8 Requisito para recepción de materias primas de la norma sanitaria para la manipulación de alimentos expedida por el ICONTEC Norma Técnica NTS – USNA Sectorial Colombiana 007

Se observa en la respuesta de la Administración que se subsana lo correspondiente a la fecha de vencimiento de los alimentos perecederos e igualmente se aceptan acciones de mejoramiento a futuro.

En la sede de nutrición se encuentra una maya (araña) en la caja externa de vertimientos en donde se recogen algunos cebos y desperdicios en general a esta maya se le realiza limpieza constantemente, en la sede de nutrición no se ha

implementado trampas de grasa por que es una sede en arrendamiento y el dueño no permite la instalación de la misma

Se realizó visita a la sede de almacén ubicada en el Barrio San Francisco para verificar el cumplimiento de contratos compra de medicamentos, en donde se observó medicamentos que requieren refrigeración, verificando su fecha de vencimiento, los controles de temperatura, humedad relativa, cadena de frío, se verifica la semaforización para verificar el control que se lleva al vencimiento de los medicamentos y elementos medico quirúrgicos sin observaciones a formular.

3.7.2 Recurso Energético

Obtuvo una asignación de 4 puntos de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales.

Se verificó el cumplimiento del Subprograma de Uso Eficiente del Recurso Energía en el cual se establecieron seis metas, de las cuales se evaluaron:

Establecer los consumos mensuales de energía por cada una de las sedes, se observó su cumplimiento se suministro la base de datos mensual.

Identificar las sedes en donde el consumo de energía en el día es innecesario por las condiciones de iluminación natural con la que cuenta, no se entregó el estudio como tal, se estableció acción correctiva, en la respuesta dada por la administración.

Instalar sistemas de ahorro de energía, como bombillos ahorradores, en áreas donde se requiera consumo de energía durante el día, se observó en las visitas a la nueva sede el cumplimiento de instalación de bombillos ahorradores en todos los pisos.

3.7.2.1 Instalar sensores de movimiento o temporizadores en baños, pasillos y salas de espera, los cuales no se instalaron los mismos, con lo cual se genera un mayor consumo en energía y por ende un mayor valor a cancelar por el suministro de este servicio incumpliendo lo establecido en la meta No. 5 del subprograma de Uso Eficiente del Recurso de Energía establecido en el PIGA, concertado con la Secretaria Distrital de Ambiente y adoptado por el Hospital.

Capacitar a los funcionarios del Hospital sobre el ahorro y uso de energía, buscando sensibilización y compromiso por parte de ellos, se cumplió de acuerdo al suministro de comprobantes de capacitación general en sensibilización del programa de energía

Se indagó que los recibos correspondientes a los consumos de energía en donde se consignaban conceptos como consumo traspasado de hijos a padres, Cargo Crédito Cliente Hijo, Cuenta Padre estas hacen referencia a que la empresa de energía asume como una cuenta padre al Hospital Meissen (edificio nueva sede) y los demás inmuebles arrendados por el hospital son las cuenta hijo como son varias sedes, en cada uno de los recibos del servicio de energía se resta el valor quedando en cero la factura y se envía a la cuenta mayor en este caso la cuenta padre (hospital nueva sede) con el total del consumo.

3.7.2.2 En algunos recibos de condensa correspondientes a la sedes que funcionan en las casas en arrendamiento se observa que solo 6 de ellas tienen establecido el uso oficial, 14 predios tienen tipo de servicio comercial, 2 residencial debiendo estar clasificados dentro del tipo de servicio de acuerdo al uso dado, como es el caso de los inmuebles de propiedad de Luís Carlos Marentes, Rosa Amaya, Francisco Salgado, Martha Barón G, José Darían Vargas C, José Vargas, Alonso E Gonzáles, Henry Vargas Pedro Benavides y Consuelo Rodríguez adicionalmente se observa que se cobra un 20% del consumo por contribución de acuerdo a la resolución No. 079 de 1997, encontrándose exentos de la misma por medio de lo establecido en el artículo 89.7 de la Ley 142 de 1994, por lo cual generó un mayor valor pagado por este concepto en la vigencia 2009, con lo cual se evidencia que faltó una verificación exhaustiva a las normas, generando un posible detrimento en el erario publico por los valores facturados en especial el que hace referencia a la contribución. El valor cancelado por este concepto en la vigencia 2009 es de \$14.4 millones transgrediendo lo normado en el artículo 5 de la Ley 610 de 2000 y la Ley 734 de 2002, Tomos I y II.

3.7.3 Componente de Residuos

Obtuvo una asignación de 16 puntos de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales.

La capacitación brindada por el Hospital a los funcionarios y personal del aseo en la vigencia 2009 en el manejo, disposición, segregación es de gran calidad se observa que se realizó un especial énfasis en donde se establecieron evaluaciones tipo y guías que calificaban la adherencia, las cuales se evidenciaron y soportaron con las calificaciones, listados de asistencia, contenido de las exposiciones y evaluaciones del resultado de las mismas por lo tanto se destaca este esfuerzo realizado por la Administración.

En cuanto a la revisión de residuos sólidos se solicitaron los formatos RH1 por cada una de las sedes generadoras correspondientes a la vigencia 2009 con las

respectivas guías de transporte de residuos peligrosos y los reportes del pesaje los cuales se llevan adecuadamente los datos son claros y confiables.

Por concepto de residuos biológicos el hospital en la vigencia de 2009 cancelo el valor correspondiente a \$88.0 millones y por anatomopatológicos \$34.2 millones para un total cancelado a ECOCAPITAL de \$122.3 millones.

3.7.3.1 No obstante lo anterior se observa que en los meses de marzo, abril, junio y septiembre se observa un cargo por pago extemporáneo por valor de \$0.056 millones e igualmente se facturan intereses de mora por \$ 0.64 millones para un total de \$0.69 millones.

En los recibos de acueducto de la vigencia auditada se factura el concepto de intereses por valor de \$0.20 millones, siendo el mayo valor el correspondiente a la Sede Nueva del Hospital periodo de abril a junio por valor de \$0.11 millones

En la facturación de CODENSA se observa el pago de intereses por mora contribución e interese resolución un valor total de \$0.067 millones.

Lo manifestado en los tres párrafos anteriores sucede por efectuar el pago después de la fecha límite o realizar el pago en el mes siguiente del establecido para tal fin, tanto de los servicios públicos como de la recolección de los residuos biológicos, originando una disminución del patrimonio público. por un valor total \$0.97 millones transgrediendo lo normado en el artículo 5 de la Ley 610 de 2000 y la Ley 734 de 2002, Tomos I y II

3.7.4 Componente Atmosférico

Obtuvo una asignación de 12 puntos de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales.

3.7.4.1 Se observa de acuerdo a lo reportado en SIVICOF, 15 vehículos de los cuales se reportaron 5 en el taller y sin el número del certificado de revisión tecnomecánica y de gases, la administración anexa con oficio de fecha febrero 12 de 2010 y firmado por el Coordinador de Transportes una relación de 17 vehículos de los cuales solo dos se reportan en el taller y sin el certificado, los demás vehículos tiene el certificado vigente, se observa que 8 de ellos vencen en la presente vigencia, concluyendo que los dos reportes de la administración difieren en 2 vehículos, adicionalmente Hay cinco vehículos identificado con las placas OBC – 776, OBG – 439, OBG – 485, OBD – 007 y OAH – 541 que se relacionan

en el oficio y no están en el reporte de SIVICOF generando inconsistencias en la información y falta de coordinación entre las diferentes áreas al momento de presentar la rendición de cuenta ante la Contraloría de Bogotá incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8. EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS

La Oficina de Atención al Usuario, depende de la Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y esta a su vez depende de la Gerencia. Esta Oficina es la encargada de recepcionar todas las Peticiones, Quejas, Reclamos, sugerencias, solicitudes y demás manifestaciones de los usuarios o clientes de los servicios ofrecidos por el Hospital. Igualmente recibe Peticiones, Quejas y Reclamos de funcionarios y de la ciudadanía en general.

Durante la vigencia de 2009 se recibieron, según información suministrada a través del "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009", Programa Integral de Atención al Ciudadano, 857 manifestaciones ciudadanas, que al compararlas con la vigencia 2008, que fueron de 533, sufrió un incremento general de 61%, así:

CUADRO 27
COMPARATIVO DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
VIGENCIAS 2008 VS 2009

CONCEPTO	VIGENCIA 2008	VIGENCIA 2009	DIFERENCIA	
			valor	%
Quejas y Reclamos	348	685	337	97
Sugerencias	44	36	-8	-18
Solicitudes	8	11	3	38
Felicitaciones	133	125	-8	-6
TOTAL	533	857	224	61

Fuente: Información suministrada a través de "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009" del programa Integral de Atención al Ciudadano del Hospital Meissen.

Las Quejas y Reclamos aumentaron considerablemente en 97%, disminuyeron en 18% las sugerencias, aumentaron en 38% las solicitudes y disminuyeron en 6% las felicitaciones.

El comportamiento de las Quejas y reclamos fue:

CUADRO 28
PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS JUSTIFICADOS

CONCEPTO	TOTAL	PARTICIPACION	JUSTIFICADAS	PORCENTAJE
Quejas	291	42%	207	71%
Reclamos	394	58%	213	54%
TOTAL	685	100%	420	61%

Fuente: Información suministrada a través de "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009 "del programa Integral de Atención al Ciudadano del Hospital Meissen.

En la vigencia 2009 se recibieron 291 Quejas que corresponde al 42% del total, 394 Reclamos que corresponde al 58%. Se justificaron 207 quejas que corresponde al 71% y Reclamos 213 que corresponde al 54%.

Incremento en la atención de usuarios:

Novedad	Vigencia 2008	Vigencia 2009	Diferencia
Población atendida	246.770	300.984	54.214

El incremento en el número de usuarios fue del 22%, lo cual permite deducir que no se compadece el incremento del 97% en el número de Quejas y Reclamos de la vigencia 2009 con respecto a 2008.

Las causas del incremento, obedecen entre otras a lo siguiente:

- Incremento en el número de usuarios atendidos
- Incremento en el número de personas capacitadas en participación ciudadana (Fortalecimiento de la socialización sobre derechos y deberes).
- Aumento en el número de buzones

CLASIFICACION DE LOS PQR´S

CUADRO 29
CLASIFICACION DE LOS PQR´S POR ATRIBUTOS

QUEJAS POR ATRIBUTO	TOTAL	PARTICIPACION
Accesibilidad	86	13%
Cultura del Servicio	348	51%
Oportunidad	227	33%
Otros	24	3%
TOTAL	685	100%

Fuente: Información suministrada a través de "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009 "del programa Integral de Atención al Ciudadano del Hospital Meissen.

De los 685 PQR,s se dirigieron 471 PQR,s al área asistencial que equivale al 69% del total y 214 al área administrativa que equivale al 31%.

Es importante resaltar que las quejas, Peticiones y Reclamos están orientadas en buena parte al área asistencial.

JUSTIFICACION DE LOS PQR'S

La Oficina de Atención al usuario justifica las peticiones, es decir, que no todas las que formulan los usuarios están orientadas a debilidades en la prestación de los servicios sino que hay algunas que no guardan coherencia y por tanto no ameritan hacerles seguimiento.

CUADRO 30
JUSTIFICACION DE LOS PQR'S POR ATRIBUTOS

QUEJAS POR ATRIBUTO	TOTAL	JUSTIFICADAS	%
Accesibilidad	86	51	59
Cultura del Servicio	348	241	69
Oportunidad	227	127	33
Otros	24	1	4
TOTALES	685	420	61

Fuente: Información suministrada a través de "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009" del programa Integral de Atención al Ciudadano del Hospital Meissen.

Del total de 685 Quejas y Reclamos recibidos, solo 420 guardan coherencia con las debilidades formuladas en la prestación del servicio.

PQR'S JUSTIFICADOS POR AREAS ASISTENCIALES

Las Quejas y Reclamos están orientadas en mayor número a Urgencias 35 (36%), Central de Citas 34 (35%), Auxiliar de Enfermería 10 (10%), Jefe de Enfermería 8 (8%) y Consulta Externa 7 (7%); en menor proporción a asuntos de ambulancia y Medicina General 1 (1%).

PQR'S JUSTIFICADAS POR SERVICIOS ASISTENCIALES

Las Quejas y Reclamos están orientadas en mayor número a Ginecología 33 (43%), seguida de cirugía con 19 (25%), Oftalmología y Óptica 6 (8%), Trabajo Social 3 (4%), Optometría y Urología 2 (3%) y en menor proporción con uno (1) a Ortopedia, Auxiliar de Enfermería y Camillero.

ANALISIS DE LA MUESTRA SELECCIONADA

Para el presente análisis se tomaron inicialmente 685 Quejas y Reclamos recibidas durante la vigencia de 2009; pero en total se recibieron 857 manifestaciones ciudadanas así:

CUADRO 31
SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE PQR'S

CONCEPTO	TOTAL	PARTICIPACION
Quejas y Reclamos	685	80%
Sugerencias	36	4%
Solicitudes	11	1%
Felicitaciones	125	15%
TOTAL	857	100%

Fuente: Información suministrada a través de "Informe de requerimientos comparativo 2008 – 2009 "del programa Integral de Atención al Ciudadano del Hospital Meissen.

Las Quejas y Reclamos están representadas en el 80% de las manifestaciones ciudadanas.

Es importante resaltar que se presentaron 125 felicitaciones que representan el 15% del total de las manifestaciones ciudadanas.

De las 857 manifestaciones ciudadanas, relacionadas con los servicios brindados por el Hospital Meissen, se seleccionaron 77 que corresponde al 9%, con el fin de hacerle seguimiento y verificar la oportunidad, eficacia, efectividad y calidad de las respuestas, este fue su resultado:

1. A todas la inquietudes se les dio respuesta dentro de los términos, a 22 de estas se les dio respuesta provisional (Interrupción de términos), mientras se completaba la información o se efectuaban las investigaciones del caso.
2. A todos los PQR, s se les dio respuesta a través de oficio con notificación personal cuando se aportaron los datos necesarios o por Edicto cuando de trata de anónimos o no es suficiente o clara la información.
3. De los 77 PQR's de la muestra a 20 (26%) se les aplicó correctivos inmediatos, incluso se llegó a prescindir de los servicios de una Informadora por ser reiterativas las quejas.
4. Las respuestas fueron claras y se trato de solucionarles sus inquietudes o aclararles dudas generadas por desconocimiento de la información y procedimientos establecidos.
5. De los 77 PQR's de la muestra a 14 (18%), se procedió a llamarles la atención cuando se trataba de mal trato a los usuarios o deficiente atención y a firmar compromisos (Plan de Mejoramiento Individual) a los funcionarios involucrados para mejorar su comportamiento.

CONCLUSION:

1. No todas las PQR's formuladas por los usuarios del Hospital Meissen y los ciudadanos en general y recibidas por la Oficina de Atención al Usuario, tienen que ver con la prestación del servicio; de las 857 manifestaciones de inconformidad recepcionadas en la vigencia 2009, 685 corresponden a Quejas y Reclamos y de estos solo 420 aplicaron.

2. Las Quejas y Reclamos aumentaron considerablemente en 97%, disminuyeron en 18% las sugerencias, aumentaron en 38% las solicitudes y disminuyeron en 6% las felicitaciones.

El incremento de las Quejas, Reclamos y las solicitudes y la disminución en las felicitaciones se debió posiblemente a las siguientes razones:

2.1. El incremento en el número de usuarios atendidos en la vigencia 2009 con respecto a 2008, fue de 54.214 equivalentes al 22%.

2.2. Incremento en el número de personas capacitadas en participación ciudadana (Fortalecimiento de la socialización sobre derechos y deberes).

2.3. Aumento en el número de buzones

3. Las Quejas y Reclamos están representadas en el 80% de las manifestaciones ciudadanas.

4. De las 685 Quejas y Reclamos recibidas se dirigieron 471 al área asistencial que equivale al 69% y 214 al área administrativa equivalente al 31%.

Los PQR's justificados (420), están dirigidos en su gran mayoría al área asistencial; se encontró que por áreas los de mayor representatividad están la central de Urgencias (36%) y Central de citas (35%) y por servicios asistenciales están Ginecología (43%) y Cirugía (25%).

5. De las 857 manifestaciones ciudadanas, se seleccionaron 77 que corresponde al 9 %, con el fin de hacerle seguimiento y verificar la oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad y calidad de las respuestas.

En la selección de la muestra se tuvo en la cuenta los conceptos de: Inconformidad en la prestación del servicio (Demoras en la atención medica, despacho de medicamentos, Hospitalización, urgencias, servicio de referencia y

contrarreferencia, citas médicas, facturación, información general, orientación, suministro de alimentos, vigilancia, entre otros).

6. Se concluye que en términos generales las respuestas son oportunas (notificación personal o por edicto), se aplican correctivos inmediatos (20 casos equivalente al 26% de la muestra), las respuestas fueron claras y se trato de solucionarles sus inquietudes y en algunos casos, cuando se trataba de mal trato a los usuarios o deficiente atención, procedieron a llamarles la atención o firmar compromisos o planes de mejoramiento individuales a los funcionarios involucrados para mejorar su comportamiento (14 casos equivalente al 18% de la muestra).

7. Se convocó a la comunidad en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 167 de la Ley 136 de 1994 y al Memorando de Planeación, asistieron 18 personas representantes de la Asociación de Usuarios.

3.8.1. RESPUESTAS DPC (Insumo Proceso Auditor)

Derechos de Petición, Quejas y Reclamos

En el Memorando de Encargo de la Auditoria del PAD 2010, se entregaron como insumo de la auditoria los DPCs números 10/10 y 1637-09, además en el curso de la Auditoria fue allegado el DPC 1592 de 2009, a los cuales se les dio el siguiente trámite:

Se realizaron diligencias y visitas administrativas a las áreas y a los funcionarios que los peticionarios citan en los respectivos documentos, con el fin de verificar lo enunciado por los solicitantes.

Fue necesario solicitar los contratos 175 y 176 de 2006 relacionados con la obra del Hospital de Meissen con el fin de consolidar información para gestionar la petición 1637-09, así como la orden 181 de 2009 relacionada con la compra de uniformes deportivos. Otros documentos que hacen parte del acervo probatorio son listados de conformación de los equipos, relación de entregas de elementos y de uniformes que se encuentran en el Hospital.

En lo que hace referencia a los DPCs 10/10 y 1592 de 2009, relacionados con el silencio por parte de la administración a los requerimientos sobre irregularidades cometidas en el Hospital de Meissen en la entrega de medicamentos con remisiones fraudulentas e investigaciones elevadas ante la Fiscalía.

Este ente de control en respuestas definitivas a los petentes manifestó que con la comunidad no se trataron los temas enunciados en el párrafo anterior por cuanto no estuvieron agendados no fueron enunciados por la comunidad en las diferentes reuniones y/o comités.

El DPC 1637 de 2009, abarca varios temas así:

- Contratos 175 y 176 de 2006 relacionados con la obra del Hospital.
- Incumplimiento de los términos contractuales en lo que hace referencia al pago y la no cancelación de sueldos a los empleados oportunamente.
- Celebración de los cumpleaños de algunos funcionarios con presupuesto del Hospital de Meissen y,
- Compra de elementos deportivos

Una vez entregado el informe final a la administración se le notificara la respuesta definitiva al peticionario.

3.8.2. IMPACTO ACCIONES CIUDADANAS EN EL PROCESO AUDITOR

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 167 de la Ley 136 de 1994 el cual establece: “Los Organismos de Control Fiscal vincularan a la comunidad en la realización de Gestión Fiscal en las entidades sujetas de control con el propósito de garantizar que la función del estado este orientada al bien común y sus recursos estén dirigidos al beneficio social”, y con base en el listado de usuarios del Hospital aportado por la Oficina de Atención al Usuario, se seleccionaron 18 personas representantes de la Asociación de Usuarios del Hospital para una convocatoria realizada el 27 de febrero a las 8:00 AM en las instalaciones de la Oficina asignada al Equipo Auditor, con el objetivo de darles a conocer los Memorandos de Encargo y de Planeación de la Auditoría regular con enfoque integral que se adelanta actualmente en el Hospital.

Además se les preguntó a los miembros de la Asociación de Usuarios, si tenían objeciones u observaciones como veedores, respecto a la construcción de la nueva sede del Hospital ante lo cual manifestaron que se encuentra taponada el área de evacuación por las escaleras corriendo riesgo ante cualquier emergencia que se presente, solicitan solución inmediata. Igualmente solicitan al Equipo Auditor se indague por que se ha presentado retraso en la construcción de la nueva sede por cuanto estaba prevista su terminación para el 2008, lo mismo solicitan se indague sobre los posibles sobrecostos de la primera etapa.

Igualmente se indagó sobre si tenían conocimiento sobre presuntas pérdidas de medicamentos ante lo cual manifestaron no saber nada al respecto.

De otro lado comentaron que ellos hacen recorridos por las diferentes áreas asistenciales y administrativas del hospital y han encontrado situaciones como estas:

- Hay maltratos de algunos funcionarios (Médicos y Enfermeras) con algunos pacientes que solicitan el servicio.
- En la casa donde funciona el archivo y donde se dan citas, se presenta alto riesgo tanto para los funcionarios como para los usuarios que frecuentan el sitio, por cuanto el techo se ha cedido.

Resaltaron la buena gestión del Gerente y su cuerpo directivo, la aplicación de correctivos inmediatos cuando se detectan problemas o inconsistencias manifestados a través de PQR's u otras instancias y las mejoras en la prestación de los servicios.

Manifestaron que la Asociación de Usuarios del Hospital ha desempeñado a cabalidad sus funciones otorgadas por la Constitución y la Ley en el control fiscal y social ejerciendo el derecho y el deber de la vigilancia y control de la gestión pública y de los recursos públicos (Artículos 318 y 270 de la Constitución Nacional, Artículo 26 de la Ley 42 de 1993, Artículo 100 de la Ley 134 de 1994, Artículo 66 de la Ley 80 de 1993, Ley 472 de 1998 y Artículos 34 y 35 de la Ley 489 de 1998).

3.9. SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO COMPROMISO ÉTICO

En la Oficina de Planeación y Mercadeo del Hospital Meissen se encontró un documento firmado por el Gerente del Hospital Meissen II nivel, el Secretario de salud Distrital y el contralor de Bogotá D.C., el cual constituye un acto pedagógico que simboliza un acuerdo real de cara a la ciudadanía para actuar dentro del marco de la ética y la moral administrativa que garantiza la transparencia y objetividad.

En este documento se fijaron seis (6) compromisos así:

1. Desarrollar acciones oportunas y eficientes en los diferentes ámbitos de atención, gerencia y planeación estratégica y niveles de responsabilidad del sector salud.
2. Alcanzar estándares de excelencia en el desempeño institucional de todos y cada uno de los integrantes de las E.S.E. que represento.

3. Adelantar actuaciones encaminadas a buscar la participación de la ciudadanía en el buen ejercicio del control social y fiscal, que redunde en la buena administración de la E.S.E.
4. Ejecutar los recursos siempre en beneficio de los usuarios del sistema y dentro del marco normativo del sector.
5. Cumplir con el suministro de la información requerida por la contraloría de Bogotá D.C. con miras al mejoramiento continuo
6. Acatar rigurosamente los principios de la función pública y la contratación estatal.

En cumplimiento a estos compromisos, se encontró que se han rendido dos (2) informes por cada vigencia, es decir para el 2008 y el 2009.

3.10. SEGUIMIENTO CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS

Verificado el formato CBN – 1017 “Acciones dirigidas a los controles de advertencia” rendido en la cuenta anual 2009, certificado por la Jefe de Control Interno del Hospital, se indica que el Hospital Meissen no ha recibido ningún tipo de control de advertencia durante la vigencia 2009.

Frente al control de advertencia dirigido a la Secretaría de Salud de Bogotá y que involucra a las Empresas Sociales del Estado, relacionado con el proceso saneamiento y aportes patronales, señalado en la Resolución 3815 de 2003, del Ministerio de Protección Social, el Hospital Meissen II Nivel ESE, ha venido manteniendo proceso de conciliación de las presuntas deudas mediante el envío de fotocopias de las planillas de autoliquidación para determinar los saldos reales y así depurar la información con cada una de las EPS, según reporte entregado por la entidad mediante el oficio GHM 379 del 15 de marzo de 2010.

Con relación al segundo control de advertencia vigente atinente a la situación financiera de la red pública hospitalaria, el Hospital ha mantenido un constante proceso de cruce y conciliación en los estados de cuenta con cada uno de las EPS, tanto contributivas, como subsidiadas y otras partes interesadas.

3.11. CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTAS (SIVICOF)

Revisada la cuenta anual presentada por el Hospital de Meissen II Nivel de atención E.S.E a través de SIVICOF¹⁹ Sistema de vigilancia y Control Fiscal de la

¹⁹ SIVICOF: Sistema de vigilancia y Control Fiscal.

vigencia 2009, con el fin valorar el estado de la información, la operatividad del sistema de información, se pudo determinar que se presentan reiteradas observaciones en la forma y términos de la cuenta, desconociendo lo establecido en la resolución Reglamentaria 034 de 2009 expedida por la Contraloría de Bogotá, así:

La cuenta anual fue remitida entre el 10 al 23 de febrero de 2010, según certificado de recepción No. 411122009-12-31, de fecha 23 de febrero de 2010

3.11.1 La información reportada en el formato CB-0115 no presenta información completa, toda vez que el hospital ha recibido ingresos por rendimientos financieros y no se diligencio la columna relacionada con intereses, lo cual ocasiona incertidumbre en la información reportada.

3.11.2 Efectuada la verificación de la información reportada en el Balance General y lo reportado en SIVICOF, se observó que los saldos presentados en las cuentas Servicios de salud a 31 de diciembre de 2009 por \$32.062.1 millones y Deudas de difícil cobro de \$1.694.3 millones, contra el Formato CB-0117 información de cartera por deudor y edades, presentado por la entidad con corte a la misma fecha, por valor de \$24.298.1 Millones, presenta una diferencia de \$9.458.3 millones contraviniendo lo contemplado en la Resolución Reglamentaria No 034 de 2009, por medio de la cual se prescriben los métodos y se 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., incidiendo en la utilidad de la información producida por la entidad debido a que no satisface las necesidades de los usuarios de la información. Las explicaciones dadas por la Administración no subsanan la observación, encontrándose inmerso dentro de las causales contempladas en el párrafo del artículo 52 de la precitada resolución, toda vez que es una actividad ya observado y que sigue presentado falencias.

En la cuenta con corte a junio 30 de 2009, se tiene información que no corresponde a los movimientos contables, se le indico al hospital el trámite a seguir, que es solicitar la reapertura del sistema por la gerencia del Hospital, para su retransmisión a fin de tener valores reales, actuación que se llevo a cabo presentándose el ajuste.

Componente Ambiental

3.11.3 Se evidencio que no se diligencian todas las columnas o datos solicitados en el formato CBN 1111 como es el caso del objetivo estructurante, programa, y proyecto, en donde se ubica el accionar el Hospital en materia ambiental.

En el numeral 1.2, no se manifiesta en que etapa se encuentra el Sistema de Gestión Ambiental, el numeral 1.4 se marca la casilla correspondiente al NO, respecto de la comunicación de la política ambiental pero se diligencia el numeral 1.5 en donde se establecen las fechas de la comunicación de la política (contradictorio), en el numeral 1.10 Requisitos Ambientales establecidos en los procesos de compra, se plantean acciones a futuro y no las actividades que se realizaron en la vigencia 2009 de la cual estamos realizando la evaluación (se transcribe tal como se consigno en el PIGA el cual fue aprobado en la vigencia 2006), no se demuestra el desarrollo de estas acciones, el numeral 1.12 accidentes ambientales no se diligenció.

En lo pertinente a los Objetivos de la Gestión Ambiental se incluyeron todos los consagrados en el artículo 8 del Decreto Distrital 456 de 2008 (Plan de Gestión Ambiental del Distrito), debiendo ser los objetivos que desarrolla el Hospital, ya que hay muchos de ellos que por competencia y por la envergadura de los mismos el Hospital no los cumplen y por lo tanto no se tienen que incluir.

En el numeral 1.1 se determina que se tiene un sistema de gestión de calidad pero a numeral seguido 1.2, No se diligencio en que etapa se encuentra.

En el numeral 1.4 se determina que No se comunica la política ambiental, pero seguidamente se observa que se realizaron 14 jornadas de capacitación con 760 asistentes lo cual es contradictorio.

En el numeral 1.7 objetivos y metas ambientales se establece cuatro objetivos, al primer objetivo *“Minimizar generación de residuos sólidos...”* se le asignan cinco metas y aun solo indicador, al objetivo dos *“implementar actividades que favorezcan...”* se establecen cuatro metas y se desarrolla un solo indicador, en el objetivo tres *“Minimizar el consumo de energía...”* Se establecieron cinco metas y un indicador el cual mide el consumo de agua y el objetivo apunta a minimizar el consumo de energía, el cuarto objetivo es *“Promover acciones enfocadas al control de las emisiones...”* se establecieron cinco metas y cero indicadores. Observándose que no se establece un indicador a cada meta para poder realizar el seguimiento a cada una de ellas y evaluar el avance respectivo por lo tanto falta la formulación de 16 indicadores.

En el numeral 1.10. Descripción de los Requisitos Ambientales exigidos en los procesos de Compra, en este numeral solo se relacionan acciones a futuro, como es exigir a la empresa de suministros de elementos de aseo AQUAVIVA, productos con bajo contenido de fenólicos o biodegradables para disminuir el impacto al recurso hídrico e igualmente se dará prioridad a aquellos proveedores que en su política ambiental y sus procesos estén enfocados a la preservación del

medio ambiente, pero no se estipulan las acciones cumplidas en la vigencia de 2009, que es el periodo auditado.

En el segundo requisito ambiental se establece que se solicitará a los diferentes proveedores el suministro de productos en empaques reutilizables o reciclables los cuales se podrán utilizar para el re - envase o para la venta y obtener un beneficio económico, desconociendo lo normado en la Directiva No. 09 de 2006 “Inclusión Social de la Población Recicladora de Oficio en condiciones de Pobreza y Vulnerabilidad, con el Apoyo de las Entidades Distritales” y los Decretos Distritales Nos. 400 de 2004 y 312 de 2006 expedidos por el Alcalde Mayor en donde se establecen las acciones que deben adelantar las entidades del Distrito Capital como es la entrega a título gratuito, del material reciclable generado en cada una de sus sedes.

No se diligenciaron los numerales 1.12 “Accidentes Ambientales” y el 2.5 “Posee Unidades o Sistemas de Tratamiento”

Los numerales 4.3 Resultados De Las Acciones De Reducción De Energía Debidamente Soportadas (Describalos) y 4.6 Especificación de los Resultados de las Acciones Realizadas para la Reducción de la Energía, no se diligenciaron a pesar que el Hospital en la nueva sede implemento el uso de bombillos ahorradores, apagar los equipos uso de energía cuando no estén en uso y capacitaciones.

En el numeral 5.12 En el programa de residuos no se establece compromiso

3.11.4 Respecto del formato CBN – 113 no se anexó el formato CBN – 111 nuevamente por lo tanto se debe generar un requerimiento de explicaciones a dicha situación, por medio del oficio No. Por 100000 – 411 – 19 del 10 de marzo de 2010 por la no presentación del documento electrónico CBN – 1113 Informe de Gestión Ambiental, dado que de acuerdo a la contestación de la Administración, y a la información suministrada por la Dirección de Recursos Naturales, en la cual se afirmó que en la capacitación no se indicó la no presentación de este formato, y de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 Capítulo I Título II Del Contenido y Revisión de la Cuenta Consolidada por Entidad, Información Anual y con lo establecido en el parágrafo del artículo 52, Título VII, Capítulo I de la Resolución Reglamentaria 034 de 2009 expedida por la Contraloría de Bogotá, se incumplió con la presentación.



4.- ANEXOS

4.1. HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

CUADRO DE HALLAZGOS

TIPO HALLAZGO	DE	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION
ADMINISTRATIVOS		32		3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11 3.4.1, 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6. 3.7.1.1, 3.7.1.2, 3.7.1.3, 3.7.1.4, 3.7.1.5, 3.7.2.1 3.7.2.2., 3.7.3.1., 3.7.4.1, 3.11.1, 3.11.2, 3.11.3, 3.11.4.
CON INCIDENCIA FISCAL		4	54.6 millones	3.5.2. 3.5.6. 3.7.2.2., 3.7.3.1
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA		10		3.4.1, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.7.1.2., 3.7.2.2., 3.7.3.1
CON INCIDENCIA PENAL		0		



4.2. PLAN DE MEJORAMIENTO

2	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION FISCAL 2008	3.2. EVALUACION SISTEMATICA DEL ROL INTERNO	3.2.1.1.2 Desarrollo de Talento Humano. El Hospital a Diciembre 31 de 2008, contaba con un total de 127 cargos de planta y 1.219 contratos de prestación de servicios. La oficina Talento Humano identifica el personal requerido en cumplimiento a las necesidades de los servicios ofertados, a la vez se desarrollan las gestiones de ingreso, selección, inducción y evaluación de desempeño para los funcionarios de planta acorde con la Ley 909 de 2004. Sin embargo en el desarrollo de la auditoria se pudo constatar que se cuenta con una profesional en planta provisional para el desarrollo y seguimiento de los programas ambientales y SAMA, lo que representa una carga de trabajo frente al monitoreo permanente de los diferentes programas establecidos en el PIGA. Por otra parte, no se cuenta con mecanismos que permitan generar una información oportuna, es así como en este componente la entidad evidencia	1.Redistribución de cargas de trabajo de la Coordinación de S.A.M.A. 2. Diseñar una Base de Datos que permita consolidar la información generada de las capacitaciones realizadas, para dar respuesta oportuna a las solicitudes. Redistribución de cargas de trabajo de la Coordinación de S.A.M.A.	INFORMACION BASE DE DATOS: No. CAPACITACIONES INCLUIDAS EN LA BASE DE DATOS / No. CAPACITACIONES REALIZADAS x 100	Consolidar el 100 % de las capacitaciones realizadas en la base de datos.	TALENTO HUMANO	Dra. BERTHA XIOMARA DAZA SANTAFE	Propios	2009-12-31	0	0	Según Acta de reunión efectuada en la oficina de Servicio de Atención al Medio Ambiente (SAMA) el 4 de Mayo de 2009, se acordó hacer distribución de actividades administrativas con el fin de agilizar los procesos y se encargo a una funcionaria del diligenciamiento de un aplicativo (SISVEA) en lo concerniente a la actualización de censos de cada una de las líneas, reporte mensual de medidas sanitarias, productos fraudulentos, muestras no aceptables, decomisos y medicamentos de control especial entre otras actividades. Igualmente se imparten instrucciones a fin de reportar información oportuna y alimentar dicho	2 C
---	---	---	--	---	---	---	----------------	----------------------------------	---------	------------	---	---	--	-----

Fila
_2

		<p>capacitaciones realizadas sin que estas se puedan consolidar y sin que se haga claridad en el total de personas realmente capacitadas. En el desarrollo de la auditoria la entidad implemento un mecanismo de consolidación mediante bases de datos, que de alguna manera aporto para evidenciar la totalidad de personal capacitado. Lo anterior genera un incumpliendo Decreto Ley 1567 de 1998 art 6 literal e, Ley 909 de 2004, Decreto 770 de 2005, Decreto 785 de 2005, Decreto 1227 de 2005, Decreto 2772 de 2005, Decreto 2539 de 2005, Decreto 3622 de 2005 art 3 literal d, artículo 7.</p>							<p>aplicativo y mantener en orden y total custodia el archivo físico y magnético.</p> <p>Se indicaron otros procedimientos de control respecto a las líneas de Seguridad Alimentaria y Servicios de Salud al igual al Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), nombrando una funcionaria quien se encargará de consolidar la información requerida para el reporte de informes tanto semestrales como anuales a las autoridades competentes que la requieran.</p> <p>En visita de campo realizada el día 4 de Febrero de 2010 a las instalaciones donde funciona el SAMA, se</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

		<p>transcurso de la auditoria se evidenció que los puntos de control no se desarrollan en su totalidad, permitiendo que la entidad asuma unos riesgos en la gestión y desarrollo de sus actividades. Así por ejemplo, el proceso de capacitación no se cumple en su totalidad, al diligenciarse de manera incompleta la información, lo que no permite tener confiabilidad en los resultados y consolidados presentados. Por otra parte se evidencia inadecuado manejo de la información que se incluye en las carpetas contractuales, en éstas, no se encuentra toda la información relacionada con los documentos necesarios para celebrar los contratos y su ejecución lo que pone en riesgo la verificación del correcto cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas. Lo anterior incumpliendo el Acuerdo 016 de 2006 y Decreto 1537 de 2001.</p>														<p>Se realizaron auditorias a los procesos de apoyo y misional asistencial. A 31 de Diciembre de 2009, se completó el 100% así:</p> <p>PAMEC, se realizó auditoria al programa de Red Materna y Perinatal en cuanto a la adherencia a las guías de síndrome de Hipertensión en el embarazo, guía de trabajo de parto y guía de control prenatal.</p> <p>Seguridad del paciente Se actualizó el procedimiento de notificación de eventos adversos e incidentes clínicos.</p> <p>Sistemas de Información Actualización de la página Internet e intranet (Accesos directos, nueva interfase,</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4	4	<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULATIVA FISCAL 2008</p>	<p>3.2. EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL</p>	<p>3.2.1.3.6 Una vez evaluado el subsistema de Control Estratégico, se observa que en cada área han implementado la política de riesgos como tal, sin embargo, se evidencian riesgos y falta de controles en el desarrollo de algunos procedimientos, los cuales en esta auditoria se muestran como hallazgos respectivos. La entidad no identifica la totalidad de los riesgos, situación que se evidencia con las anomalías encontradas en la presente auditoria, infringiendo lo preceptuado en Decreto 1537 de 2001 artículo 4.</p>	<p>Realizar revisión y ajustes de los Puntos de Control establecidos en el Formato Caracterización de Proceso COD: FSGC-020, y en los procedimientos establecidos por cada proceso. Revisión y actualización del Mapa de Riesgos Institucional. Revisión, actualización, seguimiento y monitoreo al Plan de Mitigación de Riesgos.</p>	<p>Nº de caracterización de procesos revisadas y ajustadas / Nº de total de caracterización de procesos del Hospital. Mapa de Riesgos Actualizado. Nº de seguimientos realizados a las actividades de control establecidas en el Plan de Mitigación de Riesgos por proceso / Nº total de actividades de control establecidas en el Plan de Mitigación de Riesgos por proceso.</p>	<p>revisar y ajustar los puntos de control en un 100% en las caracterizaciones de proceso del Hospital. Tener el Mapa de Riesgos Institucional actualizado. Realizar seguimiento y monitoreo a las actividades de control establecidas en el Plan de Mitigación de Riesgos.</p>	<p>GESTION DE LA CALIDAD</p>	<p>Dra. MARLENE SIERRA PEREZ</p>	<p>2009-12-31</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>Se evidencian que la Oficina de Gestión de la Calidad en conjunto con los responsables y facilitadores de los diferentes procesos realizaron la actualización a través del formato Caracterización de Procesos en donde se determinó la identificación, responsables, propósito, proveedor, entradas, actividades del PHVA, salidas, clientes, recursos, documentos, registros, indicadores de gestión, políticas de operación, puntos de control y requisitos.</p> <p>Lo anterior se hizo por Macroprocesos así: Gerenciales, Misionales y de apoyo.</p> <p>En este seguimiento se incluyeron no solo los riesgos</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	---	--	---	---	--	---	---	------------------------------	----------------------------------	-------------------	----------	----------	---	----------	----------

	IA FISCAL 2008	<p>embargo, se evidencia la ausencia de puntos de control en el área que maneja los procesos contractuales, lo que pone en riesgo el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos por la institución, incumpliendo lo consagrado en los literales e) y g) artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el manual de procesos y procedimientos aprobado mediante acuerdo 16 de 2006.</p>									<p>generan alertas en las bases de datos de proveedores, para la generación de contratos con el fin de controlar las cuantías máximas a contratar de acuerdo a los montos autorizados, mediante acuerdos 14, 15 y 16 de Agosto de 2009, así:</p> <p>Acuerdo 14: El Gerente puede comprometer hasta 6.000 SMMLV.</p> <p>Acuerdo 15: El Gerente puede delegar la ordenación del gasto hasta por 300 SMMLV.</p> <p>Acuerdo 16: El Gerente puede celebrar y suscribir contratos necesarios para la reposición de Infraestructura y dotación de la nueva sede hasta por 34213 SMMLV (\$</p>
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>implementado. Situación que se evidencia en el resultado de la auditoría de Acciones Ciudadanas. Por otra parte, el hospital genera espacios para incorporar observaciones y recomendaciones de evaluación ciudadana frente a la gestión institucional y la formulación de planes y programas. Igualmente promueve la participación de las veedurías sin que se conserve registro de las decisiones tomadas. La entidad no ha implementado un registro sistematizado de las observaciones de veeduría de acuerdo a lo contemplado en la Ley 489 de 1998 y el Decreto 2170 de 2002.</p>																						<p>asignación, direccionamiento, distribución, archivo y conservación de la misma.</p> <p>Con respecto a la radicación se realiza asignando un número consecutivo a los oficios dejando constancia de la fecha y hora de recibo o envío.</p> <p>En los libros se lleva el control de los documentos que se emiten y se reciben y se clasifican en correspondencia recibida y correspondencia enviada interna y externa. Igualmente se establecen lineamientos para el manejo de demandas, derechos de petición, investigaciones, quejas, tutelas, etc.</p> <p>Según seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, se</p>						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

													estableció que para la vigencia 2009, se han realizado reuniones con veedurías ciudadanas el 20 de Mayo, 23 de junio, 10 de agosto, 23 de septiembre y 25 de septiembre; soportadas en actas. Según visita realizada el 18 de Febrero de 2010 a la Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la calidad y se constató que las acciones correctivas se aplican adecuadamente		
7	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL	3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.2 Información Secundaria. La entidad tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada	1. Implementar (Actualizar, estandarizar y socializar) el proceso de correspondencia del Hospital Meissen.	% CUMPLIMIENTO IMPLEMENTACION: Número total de procesos con implementación del proceso de correspondencia / número total de procesos institucionales x 100	100% Implementación del proceso de correspondencia institucional	GARANTIA DE LA CALIDAD Y SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. BETTY SNEDA MOLANO MUÑOZ Y Dra. MARLENE SIERRA PEREZ	Propios	2009-12-31	0	0	La entidad se comprometió a realizar las siguientes acciones: Actualizar y socializar el proceso de correspondencia institucional Revisión, actualización y socialización de las tablas de Retención Documental	2	C

	2008	<p>una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Lo anterior infringiendo el artículo 20 de la Constitución Política de 1991, artículo 1 y 2 de la Ley 87 de 1993, Ley 850 de 2003 y la Ley 594 de 2000.</p>									<p>La primera acción se cumplió en el hallazgo anterior (3.2.2.2.1), es decir con la actualización del documento controlado "Procedimiento de correspondencia a COD:PSGC – 012 Versión 2, por parte de la Oficina de Gestión de Calidad.</p> <p>Según Acta de seguimiento Planes de Mejoramiento de Enero 12 de 2010, se menciona que en el Acta de seguimiento de Noviembre 24 de 2009, se revisó en un 100% las Tablas de Retención Documental de las Subdirecciones Administrativa, Hospitalarios, quirúrgicos, Apoyo y diagnóstico.</p> <p>Se anexa al Acta referida, oficio fechado en junio 4 de 2009 convocando a</p>
--	------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

													directivos de las diferentes áreas para actualizar las tablas de retención Documental y listado de asistentes. Se efectuó visita a la Subdirección Administrativa, el martes 16 de febrero de 2010, logrando evidenciar que las Tablas de retención Documental cumplen con los requisitos establecidos en la Ley 594 de 2000 o Ley de Archivos.		
8	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.2. EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.2.3 Sistemas de Información. Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, la entidad no cuenta con sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada, incumpliendo. Los artículos 3 y 4 de la Ley 87 de 1993, los artículos 48,49 y 53 de la Ley 190 de 1995, el artículo 7 de la Ley 298 de 1996, los artículos 36 y 37 de la Ley 489 de 1998,	1. Implementar (Actualizar, estandarizar y socializar) el proceso de correspondencia del Hospital Meissen.	% CUMPLIMIENTO IMPLEMENTACION: Número total de procesos con implementación del proceso de correspondencia / número total de procesos institucionales x 100	100% Implementación del proceso de correspondencia institucional	GARANTIA DE LA CALIDAD Y SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. BETTY SNEDA MOLANO MUÑOZ Y Dra. MARLENE SIERRA PEREZ	Propios	2009-12-31	0	0	La entidad se comprometió a actualizar y socializar el proceso de correspondencia institucional. Esta acción se desarrollo con motivo de los hallazgos 3.2.2. 2. 1 y 3. 2.2.2. Según visita realizada el jueves 18 de febrero de 2010 a la Oficina de	1	A

		<p>los artículos 32,66 y 93 de la Ley 715 de 2001, el Decreto 2145 de 1999 en los artículos 12 y 21, la Ley 594 de 2000.</p>								<p>Sistemas de Información y Garantía de la Calidad se determinó que efectivamente han cumplido con las acciones correctivas propuestas para mejorar el procedimiento de correspondencia, pero hace falta un Software para el manejo de la correspondencia.</p> <p>Por lo anterior, el hallazgo no se cierra y por tanto continua abierto hasta tanto no se diseñe y se implemente un Software para el manejo de la correspondencia.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

9	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.2. EVALUACIONAL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	<p>3.2.2.3.1 Comunicación Organizacional. 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 encuentran establecidos a través de Plan de Comunicación Organizacional; la retroalimentación se realiza a través de comités internos, sin embargo, no hay oportunidad en el reporte de información por parte de mantenimiento, epidemiología y salud ocupacional a la profesional responsable del monitoreo, y consolidación de informes a las autoridades competentes relacionado con la gestión ambiental y sanitaria del hospital, según se evidenció en la documentación y actas de comité ambiental de la vigencia 2008. Incumpliendo lo preceptuado en la Constitución Política, artículos 20.</p>	Se designará a una persona encargada para la emisión mensual y oportuna, de los indicadores concernientes a Salud Ocupacional a fin de cumplir con los tiempos de entrega establecidos previamente por el Comité de Gestión Ambiental del Hospital. Oficializar fechas de entrega de datos a las diferentes oficinas generadoras de esta información.	OPORTUNIDAD: No. DE INDICADORES DE SALUD OCUPACIONAL REPORTADOS OPORTUNAMENTE EN EL PERIODO / TOTAL DE INDICADORES DE SALUD OCUPACIONAL REPORTADOS EN EL PERIODO x 100	Reportar oportunamente los indicadores de accidentalidad relacionados con la segregación de residuos hospitalarios en un 90%	SUBDIRECCION DE APOYO, SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y TALENTO HUMANO	Dr. LEBER JOVANNI BECERRA VARGAS, Dra. MARLENE SIERRA PEREZ Y Dra. BERTHA XIOMARA DAZA	Propios	2009-12-31	0	0	<p>Según Acta de Seguimiento Planes de Mejoramiento de Noviembre 18 de 2009, manifiestan que se realiza actualización de la página Web en el momento en que se requiere. Se realiza publicación mensual de la contratación, publicación de los procesos contractuales que se adelantan en sus diferentes etapas, actualización de trámites, costos, información general etc.</p> <p>Se anexa además una relación de fecha septiembre 9 de 2009, de funcionarios a quienes se les impartió capacitación en temas tales como: SOGC, Sistemas de Información, deberes y derechos. Grupo Objetivo: Garantía de la</p>	2 C
---	---	--	---	---	--	--	---	--	---------	------------	---	---	---	-----

													Calidad. Se fijó como compromiso, publicar en la página Web del Hospital el listado de funcionarios del nivel directivo. Según visita realizada el jueves 18 de febrero de 2010, a la Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad, se evidenció que lo enunciado anteriormente se cumple.			
10	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.2. EVALUACIONAL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.3.2 Comunicación informativa. La entidad informa y sensibiliza la participación ciudadana, trimestralmente el Gerente del Hospital informa a los diferentes grupos de interés los temas relacionados con la gestión del hospital (Asociación de Usuarios, Comités Locales, Junta Directiva, etc.). A pesar de que éste cuenta con página Web, no es actualizada en algunos parámetros, los cuales no se	Actualizaciones periódicas de la Página Web	Número de actualizaciones en los documentos de la página Web durante el periodo 2009	Conservar al 100% actualizada la página web	GARANTIA DE LA CALIDAD	Dra. BETTY SNEDA MOLANO MUÑOZ	Propios	2009-12-31	0	0	Se anexa Matriz de actualización de la página Web, donde se registra que desde el mes de marzo hasta noviembre de 2009 se han colocado o ajustado una serie de actividades propias de las operaciones administrativas del Hospital. Igualmente aparece una relación de publicaciones	2	C	
Fila _10																

			<p>especifican, ni se actualizan, como por ejemplo los tramites de servicios incumpliendo la Ley 962 de 2005, la divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios y el listado de funcionarios.</p>									<p>en Internet con las siguientes columnas: Fecha requerimiento, área solicitante, concepto, página a publicar, fecha publicación, nombre de quien publica y firma.</p> <p>Se anexa además una relación de fecha septiembre 9 de 2009, de funcionarios a quienes se les impartió capacitación en temas tales como: SOGC, Sistemas de Información, deberes y derechos. Grupo Objetivo: Garantía de la Calidad.</p> <p>Se fijó como compromiso, publicar en la página Web del Hospital el listado de funcionarios del nivel directivo.</p> <p>Según visita realizada el jueves 18 de febrero de</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

12	Fila _12	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.2.2 Auditoría Interna. La oficina de control interno cuenta con plan anual de auditoría el cual no se ejecuto de acuerdo a lo programado, situación que pone en riesgo la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos misionales al igual que la verificación de las actividades, incumpliendo lo estipulado en la ley 87 de 1993, Decreto 1826 de 1994, decreto 1537 de 2001.	Ejecutar el Programa de Auditorias del Plan de Acción de la Oficina de Control Interno aprobado por el Comité de Coordinación del Control Interno para la vigencia fiscal de 2009.	No. auditorias ejecutadas / No. auditorias programadas X 100	Cumplir en un 70 % con el Plan de Auditorias durante la vigencia fiscal de 2009	CONTROL INTERNO	Dra. CAROLINA LOZANO ARDILA	Propios	2009-12-31	0	0	Mediante Acta 01 - 09 de Abril 2 de 2009 del Comité Coordinador del SCI, se acordó realizar auditorías de Control Interno a los Procesos de Apoyo, Gerencial y Misional. A Diciembre 31 de 2009, se completó auditoría a Inventarios, Transporte, Contratación, Ropa Hospitalaria, Mantenimiento, Plan de Atención Básica y Gestión Ambiental (SAMA), Servicios Generales y Manejo de Residuos Hospitalarios.	2 C
13	Fila _13	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA	3.2. EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos. Los procesos cuentan con planes de mejoramiento como resultado de las evaluaciones periódicas, estos planes han sido concertados con cada una de las áreas, sin embargo éste no se ha consolidado en un	CONSOLIDAR UN PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	%Planes de mejoramiento por proceso	Consolidar en una matriz los planes de mejoramiento	GESTION DE LA CALIDAD	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Según Acta de Seguimiento Planes de Mejoramiento de Enero 15 de 2010, la Oficina de Gestión de Calidad realizó la consolidación de los Planes de Mejoramiento individuales y	2 C

	IA FISCAL 2008	solo documento, incumpliendo lo preceptado en el Decreto 2270 de 2005.									<p>por proceso con base en lo reportado por los responsables de cada proceso o subproceso tales como: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Atención al Usuario, Laboratorio Clínico, Imagenología, Talento humano, Terapias, entre otros.</p> <p>Igualmente manifiestan que se hicieron reuniones de socialización frente a la forma de diligenciar el formato Plan de Mejoramiento, sistemas integrados de gestión de calidad código F – GEN – 071.</p> <p>Anexan CD del Plan de Mejoramiento por Procesos e individual y aparece seguimiento por parte de la Oficina de</p>	
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>millones. Así mismo, se incluyó la Provisión para deudores por - \$5.430.2 millones. Se observa también que el informe de cartera por deudor y edades presenta saldos totales en las cuentas Deudas de difícil recaudo y Otros deudores sin discriminar el NIT de quien recibió el servicio, nombre o razón social del deudor y su valor individual. La presentación de las anteriores inconsistencias contraviene lo establecido en la Resolución Reglamentaria No 20 de 2006, por medio de la cual se prescriben los métodos y se 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., Dicha situación incide en la utilidad de la información para la entidad que la produce y no satisface las demandas y</p>									<p>2009.Con relación al compromiso de la capacitación sobre el proceso de rendición de cuentas, se verifico el registro de asistencia de fecha 9 de julio de 2009.Sin embargo revisada la información presentada en el formato CB-0117, para la vigencia 2009 se siguen presentando inconsistencias en la presentación de la información.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ. D.C.

15	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.3. EVALUACION DE LOS ESTADOS CONTABLES	<p>3.3.2. Se observa que los recursos recibidos para la construcción del Hospital por valor de \$7.880.0 millones, se encuentran inadecuadamente clasificados en la cuenta Ingresos recibidos por anticipado, debido a que no corresponden a pasivos susceptibles de convertirse en ingresos por prestación de servicios a través del tiempo, sino a fortalecer el patrimonio de la entidad. Dichos registros contravienen lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, Capítulo 2 Manual de procedimientos, 2.1.2. Descripciones y dinámicas, cuenta Ingresos recibidos por anticipado, <input type="checkbox"/> Descripción: Representa el valor de los ingresos recibidos de manera anticipada por la entidad contable pública en desarrollo de sus funciones de cometido estatal, los cuales afectan los periodos en los que se produzca la contraprestación en bienes o servicios. <input type="checkbox"/> Y el numeral 2.7, literal 104 que</p>	SE SOLICITO BAJO EL OFICIO No. GHM - 405 DE MARZO 09 DE 2009 Y RADICADO No. 10121113 A LA DIRECCION DISTRITAL DE CONTABILIDAD CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO Y MANEJO CONTABLE DE LOS RECURSOS EN LA CONTRUCCION DE LA NUEVA SEDE DEL HOSPITAL, EN LA SOLICITUD SE ENVIO ESTE TEMA PUNTUAL DEL MANEJO DE LOS INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	No. correcciones ejecutadas / correcciones programadas	REALIZAR EL 100% DE LOS AJUSTES CONTABLES DE CONFORMIDAD CON EL CONCEPTO SOLICITADO	OFICINA FINANCIERA CONTABILIDAD	Dr. CARLOS JULIO TORRES RODRIGUEZ Y Dr. ANTONIO ZABALETA	Propios	2009-12-31	0	0	Verificado el oficio No. GHM - 405 de marzo 9 de 2009 y radicado No. 10121113 a la Dirección Distrital de Contabilidad, mediante el cual se solicita un concepto sobre procedimiento y manejo contable de los registros a efectuar por los dineros recibidos para la construcción de la nueva Sede, se determino que en la respuesta enviada se argumenta que estos recursos deben registrarse en la cuenta Capital Fiscal, reclasificación que se llevo a cabo mediante comprobante No. 424 del 2 de julio de 2009, en los Estados Financieros del hospital.	2 C
----	---	--	---	---	--	---	---------------------------------	--	---------	------------	---	---	---	-----



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

16	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.3. EVALUACION DE LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.3. En el Estado de actividad financiera, económica, social y ambiental de la vigencia 2008 se presentaron clasificados en Ingresos operacionales, los ingresos financieros, conformados por los rendimientos generados por recursos recibidos para la construcción de la nueva sede y otros ingresos financieros por valor de \$1.326.9 millones. Situación que no corresponde a la realidad, debido a que dichos ingresos no son el resultado del cumplimiento de la operación básica o principal del Hospital, por lo cual se contraviene lo establecido en la Carta Circular 77 de 17 de septiembre de 2007 de la Contaduría General de la Nación, numeral 262 que establece. <input type="checkbox"/> Para efectos de revelación en los estados contables de la entidad contable pública, las actividades ordinarias se clasifican en operacionales y no operacionales. Las operacionales corresponden al cumplimiento de la	SE SOLICITARA CONCEPTO A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACION SOBRE EL MANEJO Y PROCEDIMIENTO CONTABLE EN LO RELACIONADO CON LA CLASIFICACION DE LOS INTERESES FINANCIEROS COMO INGRESOS OPERACIONALES O NO OPERACIONALES Y LA PRESENTACION DE LOS MISMOS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS	No. correcciones ejecutadas / correcciones programadas	REALIZAR EL 100% DE LOS AJUSTES CONTABLES DE CONFORMIDAD CON EL CONCEPTO SOLICITADO	OFICINA FINANCIERA CONTABILIDAD	Dr. CARLOS JULIO TORRES RODRIGUEZ Y Dr. ANTONIO ZABALETA	Propios	2009-12-31	0	0	2	C
Fila 16														



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

17	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.3. EVALUACION DE LOS ESTADOS CONTABLES	<p>3.3.4. Los rendimientos financieros generados por los recursos provenientes del convenio interadministrativo de cooperación No 0903 del 19 de octubre de 2006, para la construcción de la nueva sede del Hospital, se contabilizaron en la cuenta Otros ingresos financieros. Estos ingresos financieros ascendieron a \$1.975 millones, de los cuales \$1.302 millones corresponden a la vigencia 2008. Los registros realizados en esta cuenta no corresponden a la realidad debido a que estos ingresos no son originados con recursos propios del Hospital, sino son el producto de la inversión de los dineros entregados por el Fondo Financiero Distrital de Salud □ Secretaría Distrital de Salud para la construcción de la nueva sede y tienen una destinación específica. Dichos registros contravienen lo establecido en el convenio interadministrativo de</p>	<p>SE SOLICITO BAJO EL OFICIO No. GHM - 405 DE MARZO 09 DE 2009 Y RADICADO No. 10121113 A LA DIRECCION DISTRITAL DE CONTABILIDAD CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO Y MANEJO CONTABLE DE LOS RECURSOS EN LA CONTRUCCION DE LA NUEVA SEDE DEL HOSPITAL, EN LA SOLICITUD SE ENVIO ESTE TEMA PUNTUAL DEL MANEJO DE LOS INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO</p>	No. correcciones ejecutadas / correcciones programadas	REALIZAR EL 100% DE LOS AJUSTES CONTABLES DE CONFORMIDAD CON EL CONCEPTO SOLICITADO	OFICINA FINANCIERA CONTABILIDAD	Dr. CARLOS JULIO TORRES RODRIGUEZ Y Dr. ANTONIO ZABALETA	Propios	2009-12-31	0	0	Analizado el punto anterior que hace relación con este numeral se deduce que si se cumplió con la actividad y fue efectiva solucionando la deficiencia	2 C
----	---	--	--	--	--	---	---------------------------------	--	---------	------------	---	---	--	-----



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

18	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR FISCAL 2008	3.4. EVALUACIONAL PRESUPUESTO	<p>3.4.2.1 El 21 de noviembre de 2008, se expidió el certificado de registro presupuestal No. 12688 con el fin de amparar la</p> <p><input type="checkbox"/> Modificación No.4 al contrato de Obra No. 175 de 2006 & <input type="checkbox"/> por valor de \$7.063.6 Millones; con cargo a este registro presupuestal mediante orden de pago No. 15991 del 28 de noviembre de 2008 se gira la suma de \$3.531.8 Millones correspondiente al 50% del anticipo estipulado en el numeral 3 de la parte resolutive de la Modificación No. 4 del contrato de obra antes mencionado. Al verificar el registro de la orden de pago en el libro de ejecución pasiva se evidenció que el mismo se realizó en el rubro de cuentas por pagar, cambiando la destinación de los recursos amparados con el certificado de registro 12688 que afecta el rubro Infraestructura, incumpliendo con lo estipulado en el artículo 21 del Decreto 195 de 2007 que a la letra dice:</p> <p><input type="checkbox"/> Es el documento mediante el cual se afecta en forma definitiva la</p>	Efectuar el registro de la imputación de giro presupuestal en el libro control de ejecución pasiva de acuerdo a la orden de pago; si se ordena para pago un anticipo se efectuará directamente a éste, así el contrato inicial venga con saldo por pagar.	No. de imputaciones de giros de anticipo / No. de giros de anticipo	100% de giros presupuestales imputados correctamente	OFICINA FINANCIERA PRESUPUESTO	Dr. CARLOS JULIO TORRES RODRIGUEZ Y Dra. GLORIA SANCHEZ	Propios	2009-12-31	2009-12-31	0	0	2	C
----	--	-------------------------------	---	---	---	--	--------------------------------	---	---------	------------	------------	---	---	---	---

Fila
_18

			apropiación, garantizando que sólo se utilizará para tal fin. (el subrayado es nuestro) <input type="checkbox"/> Los compromisos deberán contar con un registro presupuestal para que los recursos con él financiados no sean desviados a ningún otro fin. En este registro se deberá indicar claramente el valor y el plazo de las prestaciones a que haya lugar. Esta operación es un requisito de perfeccionamiento de estos actos administrativos <input type="checkbox"/> .												
19	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.4. EVALUACIONAL PRESUPUESTO	3.4.2.2 Como resultado, de la evaluación al control interno se estableció que en las órdenes de pago no se menciona con cargo a que registro presupuestal se realiza el giro respectivo, tal como se observó en la orden de pago No 15991, pues si se hubiera contado con este control el giro que se realizó se hubiera hecho en su totalidad con cargo al registro presupuestal correspondiente.	Efectuar imputación de giro presupuestal indicando número de registro presupuestal y el rubro que afecta en todos los comprobantes de egreso	Número de comprobante de egreso con imputación de giro presupuestal / Número de comprobantes de egresos que afectan presupuestamente	100% de comprobantes de egreso imputados presupuestamente	OFICINA FINANCIERA PRESUPUESTO	Dr. CARLOS JULIO TORRES RODRIGUEZ Y Dra. GLORIA SANCHEZ	Propios	2009-12-31	0	0	En los comprobantes de egreso se registra la imputación presupuestal requerida en cada caso, incluyéndose el número del Registro presupuestal.	2	C
Fila 19										2009-12-31	0	0			

20	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	3.5.1. De la Verificación de la información que reposa en las carpetas suministradas por el Hospital Meissen, correspondiente a los contratos evaluados, se observa que la documentación contenida esta incompleta, tal es el caso de algunos documentos necesarios para la celebración de los contratos como son: pasado judicial, antecedentes disciplinarios, antecedentes fiscales, declaración juramentada de bienes y rentas, documentos que acreditan la capacidad de los contratistas (actas de juntas de socios) cuando se requiere. En otros de los casos identificados faltan documentos que permitan verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales como informes de los supervisores y la verificación del pago de los aportes parafiscales por parte de los contratistas. Los anteriores hechos generan inseguridad en la información contractual y en consecuencia	Revisión y actualización de los soportes establecidos en la hoja de ruta de la carpeta de cada contratista.	% de verificación de los soportes contractuales = N° de carpetas de contratistas revisadas y actualizadas / N° Total de carpetas de contratistas.	Revisar y Actualizar el 100% de las carpetas de los contratistas.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Una vez analizada la información relacionada con los contratos objeto de la observación se pudo determinar que estos documntos fueron incorporados	2 C
----	---	------------------------------------	--	---	---	---	-----------------------------	---------------------------	--	------------	---	---	--	-----



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

			incertidumbre respecto del adecuado cumplimiento de los trámites precontractuales y contractuales, con la inversión de los recursos públicos a través de la contratación suscrita. Por lo anterior se concluye que Hospital Meissen no le está dando cumplimiento a lo consagrado en la Ley 594 de 2000.											
21	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	3.5.2. De la revisión que se efectuó a los contratos de prestación de servicios No.157 y 167 de 2008, se encontró lo siguiente: Los contratos fueron suscritos el 3 de enero de 2008, no obstante y de conformidad con la documentación aportada por el Hospital se pudo establecer que los documentos necesarios para celebrar la contratación tienen las siguientes fechas de expedición: antecedentes disciplinarios de fecha 30 de agosto de 2008 y 26 de agosto de 2008 respectivamente, boletín de responsables fiscales con corte 30 de junio de 2008, pasado	Revisión de los soportes para suscripción de contratos	% de carpetas de contratistas revisadas = N° de carpetas de contratistas revisadas con los soportes para suscripción de los contratos / N° Total de carpetas de contratistas.	Revisar el 100% de los soportes para la suscripción de contratos	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ	2009-12-31	0	0	Los problemas planteados no pueden ser subsanados sino tenidos en cuenta para futuras actuaciones	2	C
Fila _21									2009-12-31	0	0			

22	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5.3. Si bien el Hospital para el trámite de los contratos aprobó el instructivo 001 de <input type="checkbox"/> Elaboración y perfeccionamiento de contrato, en el cual se establece en los numerales 5, 6 y 7 la obligación de solicitar cotizaciones y elaborar cuadros comparativos para elegir la oferta que más le favorezca al Hospital, esta previsión no pudo ser constatada en los contratos de suministro de medicamentos No. 72, 61, 68 de 2008. Es decir, que quienes desarrollan actividades de gestión fiscal deben actuar con diligencia en el manejo de los recursos públicos, con el fin de maximizar el uso de los mismos, generar ahorro, reducir costos y evitar que se generen sobrecostos, situación que no se verificó en cumplimiento en las contrataciones en mención, incumpliendo lo consagrado en los numerales 5, 6 y 7 del instructivo 001 aprobado por el Hospital.	Aplicar el instructivo FUNDAMENTAL PARA LA ELABORACION Y PERFECCIONAMIENTO DE CONTRATO	% de contratos perfeccionados según instructivo fundamental para la elaboración y perfeccionamiento de contratos= total de contratos perfeccionados / Total de contratos	Aplicar el instructivo fundamental para la elaboración y perfeccionamiento de contratos al 100% de los contratos celebrados	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Los problemas planteados no pueden ser subsanados sino tenidos en cuenta para futuras actuaciones	2 C
----	---	--	--	--	---	-----------------------------	---------------------------	--	------------	---	---	---	-----

Fila
_22

23	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULARIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	3.5.4. El 27 de diciembre de 2006 el Gerente del Hospital suscribió el contrato de obra pública No. 175 de 2006, cuyo objeto es: Para la suscripción del contrato en mención y teniendo en cuenta que mediante Acuerdo 009 del 28 de abril de 2005, la Junta Directiva del Hospital Meissen limitó la cuantía para poder celebrar contratos por parte del gerente en la suma equivalente a 3000 salarios mínimos legales mensuales vigentes, razón por la cual el Gerente solicitó ampliación de su capacidad para contratar; solicitud que fue aprobada por la junta mediante Acuerdo No. 022 de 18 de octubre de 2006. Lo anterior quiere decir que la suma total del contrato de obra pública No. 175 de 2006 y contrato de interventoría No. 176 de 2006, tienen como cuantía final la suma de CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (\$42.352.000.000). Suma equivalente para el 2008 en	Cada vez que el Gerente requiera superar el monto por el cual esta autorizado para contratar debe presentar a la Junta Directiva la autorización y quedará relacionado en el Acta de Junta respectiva.	No. de Autorizaciones	100% de las autorizaciones para contratar por montos superiores al autorizado con respectiva Acta.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y OFICINA DE PLANEACION	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ Y Dra. YUMARI AGUDELO PALACIOS	Propios	2009-12-31	100%	100% Mediante los acuerdos de junta Directiva 014, 015 y 016 se determinaron las autorizaciones al gerente para efectos de contratación	2 C
----	--	------------------------------------	--	--	-----------------------	--	---	--	---------	------------	------	--	-----

Fila
_23

			NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA (91.770) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. Por lo anterior y teniendo en cuenta que una vez revisadas las actas de junta directiva, no se encontró que el gerente solicitara autorización adicional, es evidente que el Representante legal del Hospital de Meissen al suscribir las adiciones al contrato de obra No. 175 de 2006 y al contrato de interventoría 176 de 2006, excedió los límites de las cuantías autorizadas para contratar.											
24	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTABILIDAD	3.5.5. Se pudo verificar que el Hospital no exige la publicación de los contratos celebrados. Disponen tales normas: "Artículo. 209. 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, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones". "Artículo	Publicación de los contratos celebrados con el Hospital Meissen, en la página WEB del hospital	% de contratos publicados = número de contratos / número de contratos	Publicación del 100% de los contratos celebrados con el Hospital Meissen, en la página WEB del hospital	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ	2009-12-31	0	0	Hecho el seguimiento al cumplimiento de la acción de mejora propuesta por el Hospital, se evidencio, que los contratos se publican en la página WEB del H.Meeissen	2	C
Fila_24														

		<p>3° Las actuaciones administrativas se desarrollarán con arreglo a los principios de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad y contradicción y, en general, conforme a las normas de esta parte primera." Queda claro que las empresas sociales del Estado deberán ajustar su actividad contractual a los principios rectores de la función pública, así como les aplica la responsabilidad objetiva según las previsiones del artículo 90 de la Constitución. Por lo anterior el Hospital de Meissen no está dando cumplimiento a lo consagrado en los artículos artículo 209 de la Constitución, 3° del Código Contencioso Administrativo, en lo relacionado con la publicidad de las actuaciones administrativas, siendo que los contratos hacen parte de estas últimas.</p>											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

25	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	3.5.6. Por otra parte, y una vez verificadas todas las pólizas de seguros otorgadas por los contratistas, se pudo constatar la ocurrencia de situaciones como la aprobación de pólizas sin la firma del tomador, sin la firma del asegurador, con fecha anterior a la expedición de la misma y sin la verificación del pago de la prima por parte del tomador. El caso más preocupante ocurrió en el Contrato de Interventoría No. 176 de 2006 con la garantía única de cumplimiento que ampara la calidad de servicio, expedida por Liberty Seguros No. 903270, en la cual se consagra que el término de vigencia de mencionado amparo está comprendido desde el 31 de diciembre de 2007 y el 31 de diciembre de 2009. Garantía que fue aprobada por el gerente del Hospital el 9 de enero de 2007, incumpliendo con lo consagrado en el contrato que en su cláusula décima estipulo: Circunstancia que además de constituirse en una incorrecta aprobación de garantías, deja	Revisión y actualización de los soportes establecidos en la hoja de ruta de la carpeta de cada contratista.	% de verificación de los soportes contractuales = N° de carpetas de contratistas revisadas y actualizadas / N° Total de carpetas de contratistas.	Revisar y Actualizar el 100% de las carpetas de los contratistas.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Las observaciones planteadas en este numeral no pueden ser subsanadas, si no tenidas en cuenta por la Administración, para no ser repetidas en futuras actuaciones.	2	C
----	---	------------------------------------	--	---	---	---	-----------------------------	---------------------------	--	------------	---	---	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

			desprotegido al Hospital ante la posible ocurrencia de un hecho que genere un daño y sin que la administración pueda protegerse a través de la efectividad de las garantías de los riesgos que el contrato señaló debían ser amparados.												
26	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTABILIDAD	3.5.7. Se solicitó al Gerente del Hospital mediante oficio, información sobre el cumplimiento por parte de los diferentes contratistas de lo consagrado en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 782 de 2002, por cuanto esta es una obligación de carácter legal que se encuentra incorporada en el texto de todos los contratos celebrados por la entidad. Constatado lo anterior con los supervisores, se concluye que estos, realiza una supervisión técnica de la ejecución de los contratos, pero que desconocen el cumplimiento por parte de los contratistas con los aportes parafiscales durante todo el término de ejecución contractual. Es decir,	Revisión, actualización y socialización del Instructivo para la Supervisión de Contratos COD: IADM-COO5 en el cual se establecen las responsabilidades del supervisor del contrato en los términos de su ejecución. Enviar comunicación donde se informa el medio por el cual se publica los contratos realizados y quien tiene el control de su ejecución.	% de supervisores informados = N° de supervisores de contrato informados / N° total de supervisores de contrato. % de control y ejecución de los contratos a través de las actividades establecidas en el instructivo = total de actividades ejecutadas por parte de los supervisores / total de actividades establecidas en el instructivo	El 100% de los supervisores del contrato realicen las actividades establecidas en los términos de su ejecución.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ	2009-12-31	0	0	Los problemas planteados no pueden ser subsanados sino tenidos en cuenta para futuras actuaciones	2	C	
Fila 26															

		<p>siendo que esta es una obligación de carácter contractual, no se pudo identificar en quien recae la responsabilidad de verificar el cumplimiento con el pago de los aportes parafiscales, tanto el previo a la suscripción del contrato y como los requeridos durante toda la vigencia de este, por cuanto cuando se solicito al hospital y este aporto algunos pagos, pero no todos los pagos que debieron realizarse teniendo en cuenta el termino de duración de los contratos.</p>											
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

27	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULARIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	<p>3.5.8. Informes de los Supervisores. La entidad reglamento de conformidad con lo establecido en el plan de mejoramiento concertado con la Contraloría de Bogotá los procesos y procedimientos para realizar la supervisión de la ejecución contractual a través de la aprobación del instructivo No. 5</p> <p>Supervisión de Contratos, al respecto es necesario manifestar que la información de la legalización del contrato no llega al supervisor designado, es decir no se pudo verificar que la oficina de contratos informe al supervisor en cada caso que ha sido designado, circunstancia que pone en riesgo la correcta ejecución contractual. De la misma manera, se evidenció que en los Informes de gestión de los supervisores de los contratos evaluados no son los más adecuados por cuanto los funcionarios que cumplen la labor, no consignan en ellos constancia de la calidad de los bienes y servicios prestados, donde se describa el</p>	<p>Revisión, actualización y socialización del Instructivo para la Supervisión de Contratos COD: IADM-C-005 en el cual se establecen las responsabilidades del supervisor del contrato en los términos de su ejecución.</p> <p>Enviar comunicación donde se informa el medio por el cual se publica los contratos realizados y quien tiene el control de su ejecución.</p>	<p>% de supervisores informados = N° de supervisores de contrato informados / N° total de supervisores de contrato.</p> <p>% de control y ejecución de los contratos a través de las actividades establecidas en el instructivo = total de actividades ejecutadas por parte de los supervisores / total de actividades establecidas en el instructivo</p>	<p>El 100% de los supervisores del contrato realicen las actividades establecidas en los términos de su ejecución.</p>	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Hecho el seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas por el Hospital en este numeral, se evidencio que el Instructivo se actualizo y socializó. Al igual que la existencia de la comunicación informativa sobre la publicación de los contratos.	2	C
----	--	------------------------------------	--	--	---	--	-----------------------------	---------------------------	--	------------	---	---	---	---	---

Fila
_27



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

28	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTABILIDAD	<p>3.5.9. Una vez revisada la ejecución del contrato de prestación de servicios No.33 de 2008 con la Clínica La Candelaria . En el cual se establece que la fecha de ejecución es de 4 meses contados a partir del perfeccionamiento y aprobación de las garantías que debían ser constituidas, es decir a partir del 26 de marzo de 2008, este contrato cuenta con un presupuesto de CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000) MONEDA LEGAL. Teniendo en cuenta lo anterior se pudo establecer que el contrato a la fecha se encuentra vencido y en él solo se encuentra ejecutado un porcentaje presupuestal correspondiente al 5% del valor total del contrato. De la misma forma, se tienen recursos reservados por un termino de mas de 1 año, siendo que para nadie es desconocido la precaria situación por la que atraviesa el Hospital para el cumplimiento de sus funciones; es así como una oportuna gestión al respecto habría podido</p>	<p>Revisión , actualización y socialización del Instructivo para la Supervisión de Contratos COD: IADM-C-005 en el cual se establecen las responsabilidades del supervisor del contrato en los términos de su ejecución. Enviar comunicación donde se informa el medio por el cual se publica los contratos realizados y quien tiene el control de su ejecución.</p>	<p>% de supervisores informados = N° de supervisores de contrato informados / N° total de supervisores de contrato. % de control y ejecución de los contratos a través de las actividades establecidas en el instructivo = total de actividades ejecutadas por parte de los supervisores / total de actividades establecidas en el instructivo</p>	<p>El 100% de los supervisores del contrato realicen las actividades establecidas en los términos de su ejecución.</p>	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Hecho el seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas por el Hospital en este numeral, se evidencio que el Instructivo se actualizo y socializó. Al igual que la existencia de la comunicación informativa sobre la publicación de los contratos	2 C
----	---	------------------------------------	--	--	--	--	-----------------------------	---------------------------	--	------------	---	---	--	-----

			significar el mejor aprovechamiento de los recursos que se dejaron de utilizar con cargo al presente contrato incumpliendo con lo establecido en el numeral h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.											
29	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION VIGENCIA FISCAL 2008	3.5. EVALUACION DE LA CONTRATACION	3.5.10. Durante la vigencia auditada el Hospital Meissen, suscribió el contrato de prestación de servicios No.104 de 2008, cuyo objeto era: Este contrato fue producto de una contratación directa celebrada con Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. De lo anterior se infiere que el Hospital destinó recursos para	Suspender todas las capacitaciones a contratistas en los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad.	% de capacitaciones suspendidas = Número de capacitaciones suspendidas a partir del 29 de Abril de 2009 / total de capacitaciones programadas a partir del 29 de Abril de 2009	Suspender a partir del 29 de Abril de 2009 el 100% de las capacitaciones a los contratistas en los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Hecho el seguimiento a este numeral se observó que el Hospital aportó fotocopia del proveído de la Contraloría en la que se archivan las actuaciones adelantadas contra el Hospital relacionados con esta observación.	2 C
Fila_29														

30	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION VIGENCIA FISCAL 2008	3.6. EVALUACION DEL PLAN DE DESARROLLO Y DEL BALANCE SOCIAL	<p>3.6.1.1 En el documento de la armonización del plan de desarrollo señalan que la población de la localidad de Ciudad Bolívar es de 710.997, Usme 251.299 y Tunjuelito 230.017 habitantes para el año 2001 teniendo en cuenta la caracterización de la localidad de acuerdo con las proyecciones del DANE 1993, DAPD, CCRP y encuesta de calidad de vida 2003, lo cual indica que existen deficiencias en las fuentes de información, índices y datos estadísticos de la población de la localidad que sirven de base para determinar el alcance de las metas propuestas en los proyectos y programas lo cual conlleva a establecer metas que no correspondan a la realidad actual o que distorsionen la evaluación de la política pública ejecutada, sobrevalorando el impacto contraviniendo lo normado en el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, artículo 24 del Decreto 4816 de 2008, artículo 24 de la Ley 1176 de</p>	Se tendrá en cuenta como fuente de información la última actualización del DANE, Censo General de la Nación 2005, para todos los proyectos y programas que ejecute la entidad. Contar con un Diagnostico Local que sea revisado de acuerdo a los ajustes oficiales del DANE.	Plan de Desarrollo Actualizado 100%. Diagnostico Local 100% Actualizado.	100% de los proyectos y programas con metas que correspondan a la realidad actual.	OFICINA DE PLANEACION	Dra. YUMARY AGUDELO PALACIOS	Propios	2009-12-31	100%	100% Las estadísticas y resultados se realizaron con las cifras del 2005 ultimo censo vigente	2 C
----	--	---	--	--	--	--	-----------------------	------------------------------	---------	------------	------	---	-----

Fila
_30

			2007, Documento CONPES 100 de 2006 y en el literal d) y e) artículo 2 de la Ley 8 de 1993.											
31	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION VIGENCIA FISCAL 2008	3.6. EVALUACION DEL PLAN DE DESARROLLO Y DEL BALANCE SOCIAL	3.6.1.2 Indicadores de Consulta Externa. El hospital señala en el informe de gestión página 139 que. <input type="checkbox"/> La oportunidad para Medicina General mejoro en un 50% y casi un 20% para la Medicina Especializada, gracias a la generación de agendas extra y al aumento de mano de obra para las especialidades con mayor demanda <input type="checkbox"/> lo cual no corresponde a la información suministrada. Analizados estos datos, se evidencia que la información soportada en esta área no es confiable lo cual contraviene lo consagrado en el literal d) y e) artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Realizar revisión previa de los informes en lo que respecta a digitación y análisis de datos por parte del Profesional de Planeación.	No. de informes revisados / No. de informes Requeridos x 100	100% de los informes requeridos debidamente revisados.	OFICINA DE PLANEACION	Dra. YUMARY AGUDELO PALACIOS	Propios	2009-12-31	100%	100%	Se diseño el formato e instructivo de información FP006- IP 002 versión 5 septiembre de 2009, el cual permite la validación de la información	2 C
Fila_31														

32	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.6. EVALUACION DEL PLAN DE DESARROLLO Y DEL BALANCE SOCIAL	3.6.1.3 El equipo auditor constató que el hospital no tiene un indicador unificado de demanda insatisfecha de la población que no puede acceder a los servicios que ofrece el hospital; este indicador se maneja de forma separada en diferentes áreas, por ejemplo en el proceso de apoyo y soporte, gestión de insumos y recursos almacén, incumpliendo lo normado en el literal c) artículo 7 del acuerdo No. 01 de 1998 de la Junta Directa del Hospital Meissen II Nivel ESE y en el literal d) y e) artículo 2 de la Ley 87 de 1993	Unificar el indicador de demanda insatisfecha de los servicios del Hospital.	No. Actividades realizadas para la unificación del indicador / No. de Actividades Programadas x 100	Establecer un indicador unificado de demanda insatisfecha.	OFICINA DE PLANEACION	Dra. YUMARY AGUDELO PALACIOS	Propios	2009-12-31	100%	100%	La entidad diseñó el indicador de demanda insatisfecha para los servicios de salud	2 C
33	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.7. EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL	3.7.1. Verificada la ejecución del convenio de permuta con la empresa RECYSE suscrito en agosto de 2004 y vigente a la fecha de la auditoria, se observó que el hospital no ha dado cumplimiento al Decreto 400 de 2004, en cuanto a la suscripción con una asociación de recicladores autorizada por la UAESP y no con un particular, incumpliendo las directrices de la	Realizar el contrato de acuerdo a la normatividad vigente.	Contrato celebrado	Celebración de contrato en cumplimiento del 100% de la normatividad vigente.	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Se firmó el convenio con la Asociación de Recicladores RECIKOLPING el 6 de enero de 2010.	2 C

			Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. donde establece que la entrega de material de reciclaje es sin beneficio económico para las entidades oficiales, ya que lo que se pretende es beneficiar a este grupo social. (Concepto jurídico de la Dirección Jurídica del UAESP de fecha 12 de septiembre de 2008). Por lo que no se esta cumpliendo al artículo 2 del Acuerdo 287 de 2007. Directiva 9 de 2006 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.												
34	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA FISCAL 2008	3.7. EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL	3.7.2. De acuerdo con el seguimiento de obligaciones a la ejecución de los convenios con OMNIUM Y RECYSE suscritos en 2006 y 2004, el equipo auditor verificó que el hospital no ha recibido ningún bien a cambio del residuo reciclado entregado a los contratistas según lo pactado en los respectivos convenios, los cuales están vigentes actualmente. El monto a permutar es el siguiente según oficio de la Gerencia GHM-472 radicado equipo auditor el 26 de marzo de 2009: RECYSE: 5.36 millones, OMNIUM:	Definir los elementos de bioseguridad y gestión ambiental que se pueden aceptar como contraprestación en el contrato de permuta y gestionar su ejecución	valor de los elementos a permutar =valor de los elementos definidos / valor total a permutar	Dar cumplimiento al 100% de las actividades correspondientes a la permuta	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. MARLENE SIERRA PEREZ		2009-12-31	0	0	Se determino por parte de la Administración los elementos a permutar. Pero la acción propuesta no fue efectiva debido a que no se subsana la observación Acorde con lo establecido en el procedimiento de aprobación y seguimiento del Plan de mejoramiento.	0	A
Fila 34															



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

			0.79 millones, para un total de 6.15 millones. Por lo tanto, el hospital no ha exigido el cumplimiento a la cláusula primera, OBJETO, del convenio suscrito con OMNIUM MULTISOCIEDADES LIMITADA de fecha agosto de 2006. La cláusula primera, OBJETO, y la cuarta, EQUIVALENCIA DE LOS BIENES PERMUTADOS, del convenio suscrito con RECUPERADOS Y SERVICIOS RECYSE de fecha agosto de 2004. Esto se debe a que el hospital no tenía definido que elementos requería a cambio que tuviera incidencia en la gestión ambiental.											
35	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2007	3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.3 Los formatos utilizados para supervisar los contratos particularmente los de prestación de servicios profesionales tanto administrativos como asistenciales, funcionan más como un requisito para el pago, pero sus contenidos son someros repetitivos, evidenciando ausencia de un efectivo seguimiento	Expedición de la certificación respectiva por parte del responsable del supervisor del contrato en cumplimiento a las actividades realizadas por los contratistas de conformidad con lo establecido en el instructivo de supervisión.	Contratos con Certificación de Cumplimiento : No de contratos de certificación de cumplimiento/ No. Total de contratos por servicios profesionales* 100	100% de los contratos certificados	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. Marlene Sierra Pérez, Subdirectora Administrativa	PROPIOS	2009-06-30	1	1	Según Acta de seguimiento Planes de Mejoramiento de Noviembre 18 de 2009, La Gerencia expidió el oficio N° GHM 056 de Junio de 2009, dirigido a los Subdirectores Científico de Servicios Quirúrgicos; Científico de Servicios de Apoyo,	2 C

Fila
_35

		<p>a cada compromiso contractual, en contraposición con lo establecido en el numeral 9 del Artículo 2 de la Ley 87/93 y los principios de la función administrativa.</p>								<p>Diagnostico y Tratamiento; Científico de Servicios Ambulatorios; Científicos de Servicios Hospitalarios y subdirección Administrativa, mediante el cual se imparten directrices relacionadas con el control de la ejecución de los contratos. Igualmente en los formatos que expiden los supervisores de contratos especificar que la certificación obedece al cumplimiento de los objetos contractuales.</p> <p>Se anexa una relación de los contratistas que cumplieron con los objetos pactados, firmada por el Gerente.</p> <p>Igualmente se anexa certificación que los Laboratorios MEGAMEDICA Ltda. Cumplió con las</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

												obligaciones del contrato (Firmada por el Subdirector de Servicios Quirúrgicos). Se realizó visita a la Subdirección Administrativa, el 16 de Febrero de 2010 y se comprobó que la acción correctiva se está aplicando.		
36	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULATIVA 2007	3.2 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2 Administración del riesgo: 3.2.2.3 Monitoreo: En este aspecto se evidencia una debilidad del Sistema de Control Interno del hospital que ha sido claramente identificada en las auditorías recientes realizadas por la misma Oficina de Control Interno. Como consecuencia de lo expresado en los numerales relacionados con los riesgos institucionales, el seguimiento se lleva a cabo en el hospital pero mediante las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, pues los responsables del monitoreo no están claramente identificados y el documento puesto a disposición está	Realizar un seguimiento a los riesgos de los procesos por parte de los responsables a partir de la aprobación del manual de riesgos.	Seguimiento a los riesgos por proceso: No. seguimientos realizados/ No. Seguidimientos programados	Realizar bimensualmente seguimiento a los riesgos identificados de cada uno de los procesos.	REPRESENTANTE DE LA ALTA GERENCIA Y EQUIPO DIRECTIVO MECI	Dra. Marlene Sierra Pérez, Representante de la Alta Gerencia	PROPIOS	2009-06-30	1/2=50 %	0.5 Según Acta de Seguimiento Planes de Mejoramiento, de Noviembre 26 de 2009, se tomaron los mismos correctivos señalados para el riesgo 3.2.1.3.6. La Oficina de Gestión de Calidad para la vigencia 2009, elaboró un cronograma de revisión y seguimiento al control documental teniendo en cuenta la necesidad de las áreas en ajustar sus procesos por cambio de infraestructura y actualización	2	C
Fila _36														

			desactualizado.										de las tareas. Según visita realizada a la Oficina de Gestión de la Calidad, el Miércoles 17 de Febrero de 2010, se constató que lo anterior se cumple.		
37	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION VIGENCIA 2007	3.2 EVALUACIONAL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.1.3 Las diferentes sedes del hospital no disponen de áreas adecuadas para el normal desempeño de las actividades, se evidencia hacinamiento tanto de funcionarios como de documentación en la mayoría de las dependencias. Lo anterior, en contraposición con lo establecido en los principios de la gestión fiscal, particularmente los principios de eficiencia y economía y con el Artículo 2 de la Ley 87/93.	Adecuar áreas de trabajo al interior del hospital	Adecuación de áreas: No. De adecuaciones realizadas /No. Total de áreas*100	Áreas en un 100% adecuadas para el desempeño de las actividades	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. Marlene Sierra Pérez, Subdirectora Administrativa	PROPIOS	2009-06-30	0.6	0.6	Según visita realizada a las nuevas instalaciones del hospital, se logra evidenciar que efectivamente se goza de comodidad. Las antiguas instalaciones del Hospital fueron demolidas. Cabe anotar que la Farmacia General y el Laboratorio clínico continúan por fuera de las nuevas instalaciones, ubicados en casas tomadas en arriendo. Lo anterior en lo que hace referencia a la parte asistencial, sin embargo los procesos	1	A

Fila
_37

												gerencial y de apoyo se encuentran distribuidas en once (11) casas las cuales en su mayoría no son adecuadas para el desempeño administrativo.			
38	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2007	3.2 EVALUACIONAL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.5 Sistemas de Información: Se evidenciaron inexactitudes en la información presentada, como fue el caso de las responsabilidades médicas, donde se reportó al equipo auditor que no existían y al consultar las actas de junta directiva se encontró lo contrario. Igual circunstancia se evidenció en buena parte de la información reportada en Sivicof, o en los tableros de consolidación de indicadores generados por la Oficina de Planeación, en contravención con lo reglado en la ley 87/93.	Capacitación al personal relacionado sobre manejo de la información, seguridad y confiabilidad	Capacitación de personal: No de personas capacitadas / Personal total relacionado con el manejo de la información de junta directiva	Capacitación del 100% del personal relacionado con el manejo de la información de junta directiva	SISTEMAS DE INFORMACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD y TALENTO HUMANO	Dra. Betty Sneda Molano, Jefe Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y Dra. Bertha Xiomara Daza, Jefe Oficina Talento Humano	PROPIOS	2009-06-30	1127/1400 =80,50 %	0.805	Anexan varios documentos donde se evidencia capacitaciones impartidas a funcionarios sobre diversos temas (Elaboración de informes, indicadores de gestión, sistemas de información, garantía de la calidad, entre otros), aparece planilla de asistentes debidamente firmadas. De otro lado anexan un instructivo a manera de procedimiento (Copia Controlada) para la elaboración del informe de Balance Social.	1	A
Fila_38													Según visita		

												realizada el jueves 18 de febrero de 2010, a la Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad, se evidenció el cumplimiento de la acción correctiva, Salvo que continua presentando deficiencias la información presentada en SIVICOF, tal es el caso del reporte de formatos financieros, de Gestión Ambiental y Contratación.			
39	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2007	3.2 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.5 Sistemas de Información: La información presentada en muchos casos es incompleta, como por ejemplo: el plan de sistemas, del informe de austeridad del gasto del informe de balance social, el mapa de riesgos, entre otros, los cuales no reflejan realmente la labor realizada por la entidad, sino que se limita a llenar requisitos documentales, pero su contenido no muestra el mínimo que este tipo de	Revisión y ajuste de los instructivos para la elaboración de informes	Revisión de Instructivos: No. de instructivos actualizados/No total de instructivos*100	Revisar y actualizar el 100% de los instructivos	SISTEMAS DE INFORMACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD Y GESTION DE CALIDAD	Dra. Betty Sneda Molano, Jefe Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y Dra. Marlene Sierra Pérez, Representante de la Alta Gerencia	PROPIOS	2008-09-30	1127/1400 =80,50 %	0.805	La entidad se comprometió a efectuar revisión y ajuste de los instructivos para la elaboración de informes. Como meta fijaron revisar y actualizar el 100% de instructivos. Los correctivos aplicados se hicieron simultáneos y son los mismos para el hallazgo N° 3.2.3.5.	2	C
Fila 39															

													la digitación. Se efectuó prueba selectiva sobre los mismos medicamentos mencionados anteriormente, encontrando que se presentó un sobrante de dos (2) unidades de Piperacilina Tazobactam 4.5.G. Por lo anterior se concluye que los mecanismos de control continúan siendo ineficientes, por lo tanto no se cierra el Hallazgo, es decir continúa abierto, hasta tanto no demuestren mecanismos de controles eficientes, efectivos y eficaces.		
41	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD	3.2 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.5 Sistemas de Información: En visita realizada a la farmacia del Hospital con el fin de verificar la existencia, se estableció que presentan faltantes y sobrantes, específicamente en cinco productos.	Realizar mensualmente pruebas aleatorias al inventario de la farmacia	Diferencias en el inventario de medicamentos y elementos medicoquirúrgicos: Diferencias encontradas/ No. De insumos revisados*100	0% de diferencias en el inventario de farmacia.	FARMACIA	Qui. Iván Bernal, Coordinador de Farmacia	PROPIOS	2009-06-30	6/6=100%	1	IDEM al anterior	1	A

		<p>\$1.368.0 millones, a manera de ejemplo Cafesalud, Comfenalco, Salud Vida. De otra parte, se encuentra que hay glosas que datan de 2006 que no han sido contestadas como Solsalud, Incumpliendo con los literales a) b) y f) del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.</p>									<p>conciliación con todos los pagadores durante el periodo comprendido entre el 1° de junio de 2008 y el 30 de junio de 2009 por \$6.130.000.614.</p> <p>Anexas además seguimiento al Plan de acción de conciliaciones y actas de conciliación de glosas entre el Hospital y las EPS (Colsubsidio).</p> <p>Según visita realizada el 17 de Febrero de 2010 a la Oficina de Facturación se observó que lo descrito anteriormente, se cumple en forma parcial, teniendo en cuenta la siguiente consideración:</p> <p>A pesar que se evidencio pagos de las diferentes EPS según Inform. De facturación, aún se presentan</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>monitoreadas en las siguientes reuniones, aspecto que deja entrever que estas dos reuniones se realizan más por cumplir con el mandamiento legal, que por la convicción de que estos puntos de control funcionan para monitorear y fortalecer el sistema de control interno institucional.</p>									<p>Presentación Plan anual de Auditorias.</p> <p>Presentación Informe ejecutivo anual del SCI del Hospital Meissen.</p> <p>Presentación del Informe Ejecutivo del Sistema de Control interno Contable</p> <p>Presentación resultado Plan de Gestión de Gerentes</p> <p>Plan de mejoramiento con la Contraloría de Bogotá, PAD 2008. Se hacen las respectivas recomendaciones y seguimientos a los compromisos</p> <p>La Oficina de Control Interno (OCI), presentó propuesta para el de la cultura de Autocontrol en el hospital Meissen. Se evidencia mediante documentos la socialización,</p>	
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

												hay registro firmada de asistencia. Se presentó la propuesta al Comité Técnico de Calidad.				
45	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULACION VIGENCIA 2004	4.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	4.3.5 No obstante las gestiones adelantada por la entidad con miras obtener la titularidad del inmueble donde funciona el hospital aún no cuenta con las escrituras que acrediten su propiedad. De acuerdo con la Circular 144 del 19 de octubre de 2005 del Contador General de Bogotá	Continuar con los tramites ante los entes competentes para la legalización del predio	Gestión Titularidad Inmueble : No. Acciones realizadas /No. de acciones programadas *100	Inmueble 100% legalizado	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	Dra. Marlene Sierra Pérez, Subdirectora Administrativa	PROPIOS	2009-01-06-01	2009-01-30	1	1	En la vigencia 2009 no se adelanta acción alguna para la legalización del predio, teniendo en cuenta que se tiene suscrito un Convenio Interadministrativo de Entrega No. 0306 del 3 de enero de 2006 con la Defensoría del Espacio Público, mediante el cual se entregado a título gratuito el uso, costumbres y goce del predio, por un periodo de cinco (5) años. Teniendo en cuenta el literal h de la clausula cuarta indica "devolver el inmueble al	0	A

Fila
_45

												DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA DEFENSORIA DEL ESPACIO PUBLICO, a la expiración del término", la cual se contempla en la cláusula séptima por un término de 5 años." Por este motivo no se califica pero se deja abierta para su seguimiento. Por ser una actividad exógena al hospital la observación se deja pendiente para su seguimiento, pero sin nota			
46	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2004	4.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	4.3.12 La entidad cuenta con el Sistema de Información SIGMA para el registro de la información contable sin embargo no realiza interfaces con todas las áreas que suministran información, ocasionando reiteración de tareas.	Establecer saldos iniciales con corte a 31 de diciembre e iniciar el proceso de implementación de estas interfaces	No de módulos interfazados/ Total de módulos del sistema contable	Sistema Contable 100% en Interfase	SISTEMAS DE INFORMACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD y GESTION DE CALIDAD	Dra. Betty Sneda Molano, Jefe Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y Dra. Marlene Sierra Pérez, Representante de la Alta Gerencia	PROPIOS	2009-01-30	5/7=71%	0.71	No se llevo a cabo acción alguna para la implementación de nuevas interfaces, debido a que se decidió cambiar el software para ajustarlo a las necesidades del hospital, Adquiriendo un nuevo SISTEMA DE INFORMACION , llevando los recursos para este nuevo	1	A

Fila 46

48	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2002	4,3,1,8 VARIOS	4.3.1.8.2. El paquete contable sigma en el año 2002, no genero interfase entre las áreas de tesorería, presupuesto, almacén, costos y contabilidad. A diciembre 31 de 2004 se encuentra en interfase, almacén, tesorería, contabilidad, quedando pendiente costos y presupuestos.	Establecer saldos iniciales con corte a 31 de diciembre e iniciar el proceso de implementación de estas interfases	No. de módulos interfases/ Total de módulos del sistema contable	Sistema Contable 100% en Interfase	SISTEMAS DE INFORMACION Y GARANTIA DE CALIDAD y GESTION DE CALIDAD	Dra. Betty Sneda Molano, Jefe Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y Dra. Marlene Sierra Pérez, Representante de la Alta Gerencia	PROPIOS	2009-01-30	5/7=71%	0.71	1	A
----	--	----------------	---	--	--	------------------------------------	--	--	---------	------------	---------	------	---	---

Fila
_48



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

49	AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL INVENTARIOS	4,1 PROPIEDAD PLANTAS Y EQUIPO	4.1.3.5.1. A la fecha en el modulo de Contabilidad solamente tres interfaces son automáticas (Nomina, Facturación y Tesorería) los demás módulos no cuentan con interfaces. (presupuesto, Compras e Inventarios etc.). Alimentar con la información respectiva los módulos que integran el proceso de Contabilidad y efectuar pruebas piloto de interfase. el hospital se propuso integrar totalmente en interfase los módulos que integran el proceso contable. del seguimiento realizado se observo que la entidad adelantó en interfase el modulo de activos fijos pero no se ha culminado con el proceso.	Establecer saldos iniciales con corte a 31 de diciembre e iniciar el proceso de implementación de estas interfases	Módulos de Contabilidad interfaseados: No de módulos interfaseados/ Total de módulos del sistema contable	Sistema Contable 100% Interfase en	SISTEMAS DE INFORMACION Y GARANTIA DE CALIDAD y GESTION DE CALIDAD	Dra. Betty Sneda Molano, Jefe Oficina de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad y Dra. Marlene Sierra Pérez, Representante de la Alta Gerencia	PROPIOS	2009-01-30	5/7=71%	No se llevo a cabo acción alguna para la implementación de nuevas interfaces, porque se dispuso cambiar el software, para ajustarlo a los avances tecnológicos y las necesidades del hospital, Adquiriendo un nuevo SISTEMA DE INFORMACION INTEGRADO,II evando los recursos para este nuevo sistema. Con la firma HEON. Quedando idem AL 4.3.12. unificando las observaciones. No se cumplió con la actividad , pero por ser una actividad que requiere de seguimiento, la observación se deja pendiente pero sin nota con el fin de verificar la efectividad y utilidad del nuevo sistema.	1	A
Fila 49														
[2	FECHA DE CONFORMIDAD Y SEGUIMIENTO													

1	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	
	ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR OR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LA META S-SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO

FE CH A DE CO NF OR MID AD	2009- 12-31																		
FE CH A DE SE GUI MIE NT O	2009- 12-31																		
20																			



Anexo 4.3.

PACTO POR LA TRANSPARENCIA



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION INDICADOR	PUNTAJE
VISIBILIDAD	Página Web	Página Web de la Entidad	<p>Estructura, y contenido de la página web: i) información general, ii) funcionarios principales y iii) normatividad.</p> <p>Auditoría: La pagina contiene un información general; se encuentra la Misión, visión, objetivos corporativos, reseña histórica; Mapas de localización y acceso al Hospital; imágenes de los distintos sitios y áreas del hospital; Servicios ofrecidos; Organigrama; Funcionarios principales del Hospital (Directivos); Contador de visitas a la página Web; se registran temas de calidad; portal de noticias relacionadas con el Hospital; se muestran los números telefónicos de atención al usuario, aparecen los Nos telefónicos y extensiones de las dependencias del Hospital, hay normograma por procesos; servicios al usuario (citas, horarios de visitas, requisitos para ingreso y salida de pacientes, entre otros); servicios extramurales (vacunaciones).</p> <p>No contiene: Correos electrónicos de los funcionarios principales y listado de los miembros de la Junta Directiva con cargo, teléfonos y correo electrónico.</p>	45
			<p>Aspectos relacionados con la usabilidad de la página: i) características de la información, ii) presentación, iii) funcionalidad.</p> <p>Auditoría: Se observó que es fácil el acceso a las otras páginas, se navega de acuerdo a los diferentes temas o menús ubicados a la izquierda de la página principal.</p>	50
	SUBTOTAL (1)			95
	Línea Atención al Ciudadano y Sistema de Peticiones, Quejas y Reclamos	Página Web e información suministrada por la Entidad		25

Existencia y funcionamiento de la línea de atención al ciudadano.

Auditoría: Se diseño una página para que el usuario del hospital formule su Petición, Queja o



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		<p>Reclamo; existe una página de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., direccionada a la Oficina de Atención al Usuario, cuando la manifestación ciudadana corresponde al hospital Meissen .</p>	
		<p>Quejas y reclamos en la página web.</p> <p>Auditoría: Según visita realizada a la Oficina de Atención al Usuario con motivo de la evaluación del componente "Acciones ciudadanas" se observo la aplicación y funcionalidad de las Peticiones, Quejas y Reclamos a través de la Pagina Web, tanto del Hospital como la diseñada por la Alcaldía Mayor.</p>	15
		<p>Existencia y funcionamiento del sistema de peticiones, quejas y reclamos.</p> <p>Auditoría: La Oficina de Atención al Usuario administra en forma eficiente las manifestaciones ciudadanas (Clientes externo, interno y ciudadanía en general).</p>	60
SUBTOTAL (2)			100
Contratación	Página Web de la Entidad	<p>Información General: i) la presencia de un Link de contratación en la página principal del sitio web, ii) la publicación del Plan de Compras de la vigencia en la cual se realizó la revisión.</p> <p>Auditoria: Existe un Link en la página principal desde el cual se direcciona a la página de contratación, la cual es alimentada mensualmente.</p>	10
		<p>No se publica el Plan de Compras</p>	25



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		<p>convocatorias públicas; los pre pliegos; pliegos de condiciones o términos de referencia; actas de aclaración, estudios técnicos, económicos y jurídicos de las propuestas; informe comparativo de las propuestas; acto administrativo de adjudicación (Resolución); informe de adjudicación.</p> <p>No se publica Acta de Liquidación de los contratos.</p>	
	Información suministrada por la Entidad	<p>Se cumplió con lo establecido en la Ley 80/93 y la Ley 1150 de 2007 y sus Decretos Reglamentarios respectivamente, (Ejemplo: 2474/08, y otros).</p> <p>Auditoria: El Hospital Meissen para efectos de contratación no aplica la Ley 80/93, ni la Ley 1150 de 2007 ni sus Decretos reglamentarios. Aplica el Código Civil, el Código de Comercio y disposiciones generales y específicas para cada contrato, reglamentación interna (Manual de Contratación). Solo aplica la Ley 80/93 para cláusulas exorbitantes (Caducidad, interpretación unilateral, modificación y terminación unilateral) y los principios generales (Transparencia, objetividad, publicidad, economía, responsabilidad, etc).</p> <p>Las normas que rigen la contratación privada (Código Civil y de Comercio), se encuentran mencionadas en el Normograma, pero no se puede determinar con exactitud los artículos que aplican para cada caso en particular según el tipo de contrato (Prestación de servicios, obra, interventoría, suministro, compraventa, entre otros).</p>	10
		<p>Se dio cumplimiento a la Ley 816/03.</p> <p>Auditoria: Esta Ley trata del apoyo y protección a la industria nacional a través de la contratación pública, se constató que si cumple.</p>	10



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Existencia y aplicación del Manual y/o proceso de contratación. Auditoría: No existe manual de Contratación, solo se tiene un instructivo o manual de procedimientos.	10
	Portal Único de Contratación	Presencia Portal Único de Contratación. Auditoría: Si existe una información completa de la contratación del Hospital.	10
SUBTOTAL (3)			75
Cumplimiento del SICE (Sistema de Información para la vigilancia de la Contratación Estatal)	Portal SICE	Registro de Plan de compras dentro de los plazos establecidos. Auditoría: No existe	0
		Registro de contratos superiores a 50 SMLV y/o sujetos de ésta obligación. Auditoría: En hoja Excel se puede hacer filtros a fin de determinar esas cuantías.	50
SUBTOTAL (4)			50
Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control	Página Web de la Entidad	Se publican los planes y programas ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia. Auditoría: Auditoría: No se publica	0
		Presupuesto en ejecución. Auditoría: No se publica.	0
		Información histórica de presupuesto. Auditoría: Se observó que aparece el presupuesto ejecutado a diciembre 31 de 2009.	10
		Mecanismos de Control al interior de la entidad (informes de gestión, metas e indicadores de evaluación de las metas). Auditoría: Se observó que los informes se encuentran dispersos en varias páginas. No están centralizados de tal forma que cualquier usuario de la página los pueda encontrar o ubicar y consultar con facilidad.	10
	Información suministrada por la Entidad	Realización de ejercicios de rendición de cuenta a la ciudadanía por medios diferentes a la página web. Auditoría: Se hace a través de audiencias ciudadanas o carteleras.	20



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		Rendición de cuentas a órganos de control. Auditoría: Se hace a través de SIVICOF, para el caso de la Contraloría y a otras entidades a través de la Internet.	25
SUBTOTAL (5)			65
Trámites	Página Web de la Entidad	Información sobre trámites en la página web. Auditoría: Se le informa al ciudadano sobre los trámites que debe realizar según sea su caso: citas médicas, exámenes de laboratorio, ingreso (Hospitalización), salidas, horarios de visitas, entre otros.	70
	Información suministrada por la Entidad	Trámites en línea de la entidad. Auditoría: A pesar que existe información de las áreas del Hospital, no se informa al usuario sobre los trámites a realizar en otras áreas (Facturación, farmacia, laboratorio clínico, urgencias, entre otras).	10
		Trámites racionalizados, simplificados o eliminados. Auditoría: No se informa directamente, se aprecia cuando se actualizan los datos.	10
	SUBTOTAL (6)		
TOTAL FACTOR VISIBILIDAD			475
MEJORAMIENTO DE LA GESTION	Fenecimiento	Contraloría de Bogotá Auditoría: Según la última evaluación realizada a través de la Auditoría Regular vigencia 2008, se Feneció y los estados contables fueron razonables con salvedades.	70
	Plan de Mejoramiento	Contraloría de Bogotá Auditoría: Los Planes de Mejoramiento fueron parcialmente cumplidos.	20



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

MECI	Información suministrada por la Entidad	<p>Seguimiento al MECI.</p> <p>Auditoría: El MecI fue adoptado mediante Resolución 174 de 2005, es decir tres (3) años antes del último plazo otorgado por el Gobierno Nacional, según Decreto 2913 de Julio 31 de 2007. Según evaluación efectuada al Sistema de Control Interno (SCI), durante la presente auditoría regular (2010), al aplicar los cuestionarios se observó que se ha socializado, sensibilizado e interiorizado los conceptos de esta metodología.</p>	30
Riesgo Antijurídico	Información suministrada por la Entidad	<p>Política de manejo de riesgo antijurídico.</p> <p>Auditoría: Se contrato abogado externo para llevar los procesos jurídicos en contra del Hospital. Se evidencio que existen 29 procesos por un valor de \$2.942'704.825,00, de los cuales 9 están terminados, fallados a favor del Hospital que corresponde al 31% y 20 están en curso, que corresponden al 69%.</p> <p>Estos procesos se encuentran clasificados así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por reparación directa (16) por \$2.627.704.825 que corresponde al 89,2% 2. Por nulidad y restablecimiento del derecho (6) por \$158.000.000.00 que corresponde al 5,4% 3. Por ordinario laboral (6) por \$122.000.000 que corresponde al 4,14%. 4. por Ejecutivo singular (1) por \$35.000.000 que corresponde al 1,18%. <p>De los nueve (9) procesos terminados, están por reparación directa cuatro (4) y por Ordinario laboral cinco (5). Estos procesos suman \$527.000.000.00.</p>	30
Tendencia modalidad de contratación	Información suministrada por la Entidad	<p>Tendencia en la modalidad de la contratación y cumplimiento del objeto misional.</p> <p>Auditoría: La contratación esta orientada al cumplimiento de la</p>	30



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

			misión institucional.	
TOTAL FACTOR MEJORAMIENTO DE LA GESTION				180
PARTICIPACION CIUDADANA	Empoderamiento Ciudadano en el Control Social y Fiscal	Información suministrada por la Entidad y/o Comunidad Organizada	La Entidad ha firmado pactos por la transparencia. Auditoría: En la Oficina de Planeación y mercadeo, aparece un documento firmado por el Gerente del Hospital Meissen, el Secretario de Salud Distrital y el Contralor de Bogotá D.C., el cual constituye un acto pedagógico que simboliza un acuerdo real de cara a la ciudadanía para actuar dentro del marco de la ética y la moral administrativa que garantiza la transparencia y objetividad.	40
			Existe un comité de seguimiento a los pactos firmados, la ciudadanía participa en ellos. Auditoría: No existe Comité como tal, pero a través de la Asociación de Usuarios se hace seguimiento a los compromisos del pacto ético. Precisamente en el documento firmado, el compromiso N° 3 (Adelantar actuaciones encaminadas a buscar la participación de la ciudadanía en el buen ejercicio del control social y fiscal, que redunde en la buena administración de la ESE), corresponde a la vinculación de la Asociación de usuarios, quienes son los veedores de la gestión del Hospital.	40
			Las veedurías ciudadanas han efectuado recomendaciones a la Entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas. Auditoría: Se han realizado reuniones con miembros de las veedurías locales, quienes ha formulado inquietudes y recomendaciones al Hospital y este las ha acogido y puesto en práctica.	40
				40

207

La ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, presupuesto participativo, etc.

Auditoría: Se evidenció que un



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

		<p>miembro de ASOUMEISSEN, Asociación de Usuarios del Hospital, tiene asiento en la Junta Directiva y participa de todas las decisiones entre las que cuenta la aprobación del Presupuesto.</p> <p>Se identifican mecanismos que promuevan la participación ciudadana en la Entidad.</p> <p>Auditoría: Según Evaluación practicada al componente de auditoría "Acciones Ciudadanas" se evidenció que los usuarios participan como veedores de la gestión del hospital y tienen asiento en la Junta Directiva, a través de la Asociación de Usuarios del Hospital.</p> <p>Además, algunos miembros de la Asociación de Usuarios agrupados en "ASOUMEISSEN" participaron de una convocatoria promovida por la Dirección de Salud e Integración Social, el 26 de Febrero de 2010, con el ánimo de darles a conocer los objetivos de la auditoría regular que se adelanta en el Hospital (Enero - Mayo de 2010) y escucharlos sobre los problemas que han observado como veedores.</p>	40
TOTAL FACTOR PARTICIPACION CIUDADANA			200
TOTAL MATRIZ DE EVALUACION DE TRANSPARENCIA			855

NIVEL DE RIESGO EN LA TRANSPARENCIA	
Superior a 666	RIESGO BAJO
Entre 334 y 666	-
Menor o Igual a 333	-



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ANEXO 4.4
FOTOS MEDIO AMBIENTE

