

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON  
ENFOQUE INTEGRAL – MODALIDAD ESPECIAL**

**HOSPITAL DEL SUR I NIVEL DE ATENCIÓN ESE  
PERÍODO AUDITADO 2009 Y PRIMER SEMESTRE DE 2010**

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL 2010  
CICLO: III**

**DIRECCIÓN TÉCNICA DE SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL**

**DICIEMBRE DE 2010**

## AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL DEL SUR I NIVEL ESE

Contralor de Bogotá

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Contralor Auxiliar

Víctor Manuel Armella Velásquez

Director Sectorial

Rafael Humberto Torres Espejo

Subdirectora de Fiscalización Salud

Ruth Marina Montoya Ovalle

Asesor

Luís Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoría

Gabriel E. Barreto González (Líder)

Aurora Lucía Sánchez Zambrano

Claudia Esperanza Silva C.

Gladis Inés Gaitán Lozano

Ernesto Salamanca Fernández

TABLA DE CONTENIDO

	<b>CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN SALUD AL COLEGIO Y SALUD A SU CASA</b>	4
2	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	8
2.1	EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO	8
2.2	EVALUACIÓN A LA GESTION	10
2.2.1	Evaluación a la Contratación	10
2.2.2	Evaluación Financiera a los Programas	11
2.2.3	Evaluación al Programa Salud a su Casa	16
2.2.4	Evaluación al Programa Salud al Colegio	20
2.3	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	33
3	ACCIONES CIUDADANAS	34
4	ANEXOS	38



**1. CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO**

Doctora

**MARCELA VICTORIA HERNÁNDEZ ROMERO**

Presidente Junta Directiva

**JORGE BERNAL CONDE**

Gerente Hospital del Sur I Nivel ESE

Ciudad

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Nacional y en el Decreto Distrital No. 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral - Modalidad Especial al Hospital del Sur I Nivel de Atención - ESE, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad en el resultado de su gestión en la evaluación a los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio.

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 del Hospital, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno del área evaluada. El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales de los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio que fueron auditados por el equipo asignado al Hospital.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las Normas de Auditoría Gubernamental Colombiana 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 el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

### **Concepto sobre la Gestión y los Resultados**

La evaluación al Sistema de Control Interno para los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio se realizó basados en documentación, entrevistas y visitas de campo, así como los diferentes reportes tanto presentados como enviados,

encontrándose que los manuales de procesos y procedimientos para el área de salud pública, específicamente para los programas objeto de la auditoría se encuentran desactualizados y que la información que reportan al ente de control para el programa salud a su casa en gran parte no es confiable.

Así mismo al evaluar los Informes de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (OGPA) se corrobora lo detectado por este equipo auditor frente a las deficiencias de Operatividad, Seguimiento, Control y auto control en relación con la Verificación de soportes y diligenciamiento de base de datos, del cumplimiento a la gestión establecida por lineamientos perteneciente a la estrategia SASC.

Con respecto a las actividades desplegadas por el área de contratación en cada una de las etapas precontractual, contractual y postcontractual se evidencia su cumplimiento y ajuste al manual de contratación de la entidad, así como el ajuste de los contratos tanto al plan de compras como a los objetivos misionales.

En cuanto corresponde al plan de mejoramiento sobre un total de 73 observaciones se cumplieron en su totalidad con las acciones de mejoramiento en 62 de ellas mientras que en 11 de ellas el cumplimiento fue parcial, lo cual arrojó un nivel de cumplimiento de 1.9 que equivale al 95.2% de cumplimiento.

Durante la vigencia 2009 se presentaron un total de 1.761 comunicaciones correspondientes a quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias, felicitaciones y Derechos de Petición. Durante el primer semestre del 2010 se presentaron 990 requerimientos. En relación con el objeto de la auditoria no se presentaron solicitudes por parte de la ciudadanía.

Los resultados del examen nos permite conceptuar que la gestión adelantada por la administración de la entidad, acata las disposiciones que regulan sus actividades y relaciones, cuenta con un efectivo Sistema de Control interno y refleja un adecuado manejo de los recursos puestos a su disposición para el desarrollo de los programas objeto de la auditoria, empleando en su administración acertados criterios de economía, eficiencia y equidad, lo cual le permitió cumplir, en los planes y programas desarrollados, con las metas y objetivos propuestos de los programas analizados, por lo tanto el concepto de gestión para los programas auditados se considera **Favorable con observaciones**

### **Consolidación hallazgos**

En desarrollo de la presente auditoria tal como se detalla en el anexo 4.1 Cuadro de hallazgos, se establecieron 6 hallazgos administrativos.



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

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

Bogotá, D.C., Diciembre de 2010

**RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO**  
Director Sector Salud e Integración Social

## 2. RESULTADOS DE AUDITORIA

### 2.1. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con el objetivo de determinar la calidad, eficacia y eficiencia del Sistema de Control interno en el cumplimiento y ejecución de los Programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, en desarrollo de la Auditoría Especial se adelantó la revisión de los procesos y procedimientos establecidos tanto para los diferentes registros como la ejecución de los programas. Este control se ejerce desde la etapa contractual, posteriormente se adelanta el registro presupuestal y financiero del mismo. De otra parte se evidenció que en la etapa precontractual se realiza un control por parte de la oficina de Gestión Pública en la celebración de los diferentes contratitas (cooperativa y temporal) para la vinculación del personal que ejecuta los programas, condición obligatoria en cualquier modalidad de contrato que se adelanta en la E.S.E.

2.1.1. En la información reportada por el Hospital se evidenció que no existe una matriz propia que presente las actividades programadas y cuales fueron las ejecutadas en el proyecto SASC, tan solo se encuentran las matrices base para la facturación que contienen datos de cumplimiento de actividades por intervenciones, sin que medie registro de verificación de las mismas.

En cuanto a los sistemas de información se verificó que la base de datos del programa SASC no estaba actualizada, del listado solicitado para hacer el muestreo de visitas a las familias que se habían caracterizado en la vigencia 2009, no se encontraron las direcciones relacionadas, porque se habían trasladado, existiendo nuevas familias en dichas direcciones, las cuales todavía no estaban caracterizadas, esto demuestra que no se le habían hecho seguimiento a éstas familias.

Los anteriores hechos evidencian que la información reportada en el Hospital no es confiable contraviniendo el artículo 2 literales d y e de la Ley 87 de 1993.

2.1.2 Se observó que la información no es confiable por cuanto en los documentos reportados en medio magnético del programa SASC vigencia 2009, mencionan que el 100% de la intervención seguridad alimentaria y nutricional (SAN), no se llevó a cabo por la falta del profesional requerido (Nutricionista), existiendo otros archivos Excel “matriz PIC 2009 abril – diciembre segunda adición–SASH” que refleja unos recursos asignados en cuantía \$6.9 millones, para la localidad de Kennedy, con una meta y un costo, acciones que fueron ejecutadas en la vigencia en mención. Para aclarar dicha información mediante oficio N100119-06 del 16 de noviembre de 2010, se solicitó al Hospital que soporte cuantas nutricionistas

habían sido vinculadas durante la vigencia 2009, y primer semestre de 2010, para la ejecución del programa SASC, contestando que de acuerdo con el desarrollo e implementación del programa salud a su casa no se requirió nutricionista para la vigencia solicitada.

También existe un acta de reunión con tema: Negociación a los contratos del PIC para la 3ª adición del periodo a ejecutar de abril a diciembre del 2009, con fecha 13 de noviembre de 2009, en una hoja firmada por el coordinador PIC-SDS y el referente PIC-ESE, el cual tiene unos anexos que no tiene fecha, y al interior del texto dice que la negociación de adición de rubros para el ámbito familiar- SASC para el periodo comprendido entre el 15 de septiembre y el 15 de diciembre de 2009, donde señalan que la actividad seguridad alimentaria y nutricional no se contrata.

Todo lo anterior demuestra que falta gestión al interior de la ESE para tomar acciones efectivas y oportunas frente a los lineamientos que da la Secretaria Distrital de Salud, (SDS) por cuanto pasan 5 meses de la vigencia 2009, y no se tiene el profesional para realizar las actividades que conciernen a la intervención seguridad alimentaria nutricional y sólo hasta el mes de noviembre soportan con el acta anteriormente mencionada que no se contrata nutricionista.

Los anteriores hechos evidencian que la información reportada en el Hospital no es confiable contraviniendo el artículo 2 literal f de la Ley 87 de 1993.

2.1.3 Se observó que el manual de procesos y procedimientos aprobados para el área de Salud Pública se encuentran desactualizados, toda vez que corresponden a los adoptados mediante Resolución No. 299 del 31 de diciembre de 2007, la cual no detalla procesos ni procedimientos para el programa Salud al Colegio, tan solo se tiene definidos algunos para el programa Salud a su Casa, programa que aún se referencia con el nombre anterior, es decir, se identifica como “Salud a su Hogar”. No obstante, la entidad aplica procedimientos que han sido actualizados por los gestores del programa siguiendo los lineamientos de la SDS pero no han sido aprobados y/o actualizados en el correspondiente manual de procesos y procedimientos de la entidad. Esta situación contraviene lo establecido en el artículo 2 literales b, f, h de la Ley 87 de 1993.

Con base en la documentación revisada, así como los diferentes reportes tanto presentados como enviados, exceptuando las observaciones mencionadas anteriormente, se conceptúa que el Sistema de Control Interno es aceptable.

## 2.2 EVALUACIÓN A LA GESTION

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital del Sur para la vigencia 2009-2012 fue adoptado mediante Acuerdo No. 191 de marzo 12 de 2009, expedida por la Junta Directiva, el cual contiene la misión, visión, principios, y valores institucionales, en el título II incluye ordenadores, objetivos, y estrategias del Plan de Desarrollo y específicamente en el artículo 6 establece como objetivo el acceso a la salud, en el artículo 7 define estrategias como la atención primaria integral en salud, estrategia promocional de calidad de vida y salud, gestión social integral y sistemas integrados de gestión. En el título III capítulo I denominado “Procesos y Subprocesos” se encuentran inmersos los programas salud a su casa y salud al colegio como también en el capítulo II “Procesos Misionales” el cual contempla prestación de servicios de salud y gestión social de la salud.

Así mismo, en el capítulo V se encuentran las Metas del Proceso donde definen la planeación de la salud en los territorios, participación y movilización social, gestión del conocimiento e investigación, prestación de servicios de salud, gestión social de la salud, procesos de apoyo, proceso de evaluación, seguimiento y control.

### 2.2.1 Evaluación de la Contratación

En el periodo auditado la E.S.E, a través de su gerente suscribió con el Fondo Financiero Distrital de Salud, tres (3) acuerdos interadministrativo de Compraventa de Acciones del Plan de Salud de e Intervenciones Colectivas (PIC) por medio de los cuales se ejecutaron los programas de Salud a su casa y al Colegio, los contratos que se celebraron fueron:

El 31 de julio de 2008, el contrato No. 730, término de duración inicial 6 meses contados a partir del 1 de agosto de 2008, periodo prorrogado hasta el 31 de marzo de 2009; Valor inicial: \$5.291'983.341, suma que con sus adiciones ascendió a \$7.926'908.429.

El 8 de junio de 2009, se liquidó el contrato quedando un valor a cargo del hospital de \$181'425.019.

El 1 de abril de 2009, el contrato No. 614, término de duración inicial 9 meses contados a partir del 1 de abril de 2009, periodo prorrogado por un mes; Valor inicial: \$7.801'618.354, valor final \$11.787'513.041, el contrato no se ha liquidado.

El 1 de febrero de 2010, el contrato No. 022, término de duración inicial 4 meses contados a partir del 1 de febrero de 2010, periodo prorrogado por siete meses más; Valor inicial \$4.384'289.729, suma adicionado en \$9.487'593.202, el contrato se encuentra vigente.

El hospital desarrolla y ejecuta los programas Salud a su Casa y al Colegio con equipos básicos y complementarios, para el suministro del talento humano la E.S.E., suscribió los siguientes contratos:

El 17 de septiembre de 2008, el contrato No. 365, con COOPINTRASALUD, con el objeto de prestar los servicios profesionales técnicos y auxiliares de apoyo a la gestión administrativa en los procesos y subprocesos de apoyo de los diferentes puntos de atención del hospital y en las áreas de atención establecidas para el desarrollo de las mismas, con personal calificado de acuerdo al perfil requerido por el hospital y responder directamente por su entrenamiento y capacitación, el término de duración inicial 2 meses a partir del acta de inicio de ejecución (17 de septiembre e 2008), periodo prorrogado en 5 meses y 25 días más, fecha de terminación 10 de mayo de 2009.

El equipo humano que desarrolló las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas fue acorde con los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud.

Valor inicial \$262'000.000 valor total más adiciones \$4.039'000.000, el 31 de agosto de 2009 se liquidó el contrato.

El término de ejecución del contrato fue prorrogado en 191,7% y el valor adicionado en un 1.441,6%, conducta adversa al literal a) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993.

El 8 de mayo de 2009, el contrato No. 079, con la EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES S & A SERVICIOS Y ASESORIAS S.A., con el objeto de prestar los servicios de refuerzo en el desarrollo, ejecución y cumplimiento de las actividades administrativas y asistenciales del HOSPITAL, término de duración inicial: 6 meses a partir del acta de inicio (11 de mayo de 2009), tiempo prorrogado en 6 meses, el 10 de mayo de 2010 finalizó el término de ejecución.

Valor inicial: \$1.563'883.393 suma que con sus adiciones ascendió a: \$17.752'267.185, el contrato se liquidó el 26 de mayo de 2010.

El valor fue adicionado en un 1.035%, conducta adversa al literal a) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993.

## 2.2.2 Evaluación Financiera de los Programas Salud a su Casa y Salud al Colegio.

Para atender los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, el Hospital del Sur I Nivel ESE suscribió contratos interadministrativos con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), cuyo

objeto consiste en el compromiso que adquiere el hospital para desarrollar el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, que contiene fundamentalmente acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, vigilancia y gestión en salud pública.

Los recursos asignados para el año 2009 presentaron la siguiente ejecución:

Mediante el contrato No. 730 del 31 de julio de 2008, cuya ejecución se desarrolló del 1 de agosto de 2008 al 31 de marzo de 2009; para el programa Salud a su Casa se asignaron un total de \$2.039.1 millones, de los cuales se facturaron \$2.039.4 millones, se glosaron cuentas por \$86.4 millones, para una ejecución total de \$1.953.0 millones, quedando un saldo por ejecutar de \$86.1 millones.

En el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2008 se facturaron \$1.061.7 millones, mientras que para los tres primeros meses de 2009 la ejecución fue la siguiente:

CUADRO 1  
Facturación Salud a su casa Primer trimestre 2009  
(Millones de pesos)

Mes	Valor	Glosa Definitiva	Giros
Enero	472.6	48.3	424.3
Febrero	178.0	2.4	175.6
Marzo	327.1	12.1	315.0
<b>Total Facturación</b>	<b>977.7</b>	<b>62.8</b>	<b>914.9</b>
% Glosado	6.4		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

En cuanto al programa Salud al Colegio, se apropiaron recursos totales por \$1.153.2 millones, facturándose un total de \$1.138.2 millones, glosas por \$22.7 millones, determinando una ejecución de \$1.115.5 millones, arrojando un saldo por ejecutar de \$37.6 millones.

De agosto a diciembre de 2008 la facturación fue de \$706.3 millones y en el trimestre enero a marzo se adelantó de la siguiente forma:

CUADRO 2  
Facturación Salud al Colegio Primer trimestre 2009  
(Millones de pesos)

Mes	Valor	Glosa Definitiva	Giros
Enero	65.6	1.0	64.6
Febrero	158.9	5.1	153.8

Marzo	207.4	13.3	194.1
<b>Total Facturación</b>	<b>431.9</b>	<b>19.4</b>	<b>412.5</b>
% Glosado	4.5%		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

De otra parte, a partir del 1 de abril de 2009 se suscribió el contrato No. 614 de 2009, con un plazo de inicial de ejecución de nueve (9) meses por valor de \$7.801.6 millones, el cual presentó seis (6) adiciones que sumaron \$3.985.9 millones para un valor total de contrato por \$11.787.5 millones. Así mismo reflejó una prórroga en la ejecución de un (1) mes contado a partir de enero 1 de 2010.

Los recursos destinados para el programa Salud a su Casa, provenientes del contrato No. 614 de 2009, ascendieron a la suma de \$2.384.9 millones y su ejecución a diciembre de 31 de 2009 fue la siguiente

:

CUADRO 3  
Ejecución Salud a su Casa Abril-Dic de 2009  
(Millones de pesos)

MES	VALOR	GLOSA DEFINITIVA	GIROS
Abril	194.4	7.0	187.4
Mayo	326.6	8.5	318.1
Junio	208.2	10.4	197.8
Julio	157.5	1.3	156.2
Agosto	337.0	2.2	334.8
Septiembre	218.3	2.8	215.5
Octubre	0.1	0.1	0
Noviembre	589.8	5.1	584.7
Diciembre 1 <sup>a</sup> . Quincena	262.4		262.4
Diciembre 2 <sup>a</sup> . Quincena	89.5		89.5
<b>TOTAL FACTURACIÓN</b>	<b>2.383.8</b>	<b>37.4</b>	<b>2.346.4</b>
TOTAL EJECUTADO	2.346.4		
SALDO POR EJECUTAR	38.5		
% GLOSADO	1.57%		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

De acuerdo con la información reportada, el programa Salud a su Casa ejecutó el 98.4% del presupuesto total asignado. La firma HAGGEN AUDIT LTDA en calidad de interventores del contrato interadministrativo No. 614 de 2009, mediante comunicación de mayo 27 de 2010, certifican que no existen cuentas diferentes a las detalladas en el cuadro anterior.

Respecto al programa Salud al Colegio, el presupuesto total apropiado ascendió a \$1.644.1 millones y a 31 de diciembre de 2009 la facturación fue la siguiente:

CUADRO 4  
Ejecución Salud al Colegio Abril-Dic de 2009  
(Millones de pesos)

MES	VALOR	GLOSA DEFINITIVA	GIROS
Abril	164.2	12.8	151.4
Mayo	162.5	8.1	154.4
Junio	0	0	0
Julio	0	0	0
Agosto	667.7	40.1	627.6
Septiembre	163.2	16.3	146.9
Octubre	158.2	7.0	151.2
Noviembre	159.8	5.5	154.3
Diciembre 1ª. Quincena	151.8		151.8
Diciembre 2ª. Quincena	104.6		104.6
<b>TOTAL FACTURACIÓN</b>	<b>1.732.0</b>	<b>89.8</b>	<b>1.642.2</b>
TOTAL EJECUTADO	1.642.2		1.642.2
SALDO POR EJECUTAR	1.9		
% GLOSADO	5.19%		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

De acuerdo con la información reportada, el programa Salud al Colegio ejecutó el 99.9% del presupuesto total asignado. La firma HAGGEN AUDIT LTDA en calidad de interventores del contrato interadministrativo No. 614 de 2009, mediante comunicación de mayo 27 de 2010, certifican que no existen cuentas diferentes a las detalladas en el cuadro anterior.

Ahora bien, en lo que respecta al primer semestre del año 2010 se observó que el Hospital del Sur firmó con la SDS el contrato interadministrativo de compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) No. 022 del 1 de febrero de 2010, con un plazo de ejecución de 4 meses a partir de la firma del contrato.

Los recursos asignados al programa Salud a su Casa ascendieron a la suma \$837.9 millones, los cuales se facturaron así:

CUADRO 5  
Ejecución Salud a su Casa Enero-Junio de 2010  
(Millones de pesos)

MES	VALOR	GLOSA DEFINITIVA	GIROS
Enero	0	0	0
Febrero	347.2	12.6	448.3
Marzo	191.1	12.6	113.1
Abril	271.4	12.6	113.1
Mayo	174.0	12.6	113.1
Junio	196.7	18.2	709.1
<b>TOTAL FACTURACIÓN</b>	<b>1.180.4</b>	<b>68.6</b>	<b>1.496.7</b>
TOTAL EJECUTADO	1.496.7		
SOBRE EJECUCIÓN	658.8		
% GLOSADO	5.8%		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

En la información registrada en el cuadro anterior se observa que para el mes de mayo ya se habían facturado \$983.7 millones, cifra superior al presupuesto asignado (\$837.9 millones), por lo tanto, al final del mes de junio, no existía disponibilidad de recursos; no obstante, con el fin de no interrumpir la ejecución del programa, el Hospital del Sur continuó sus actividades, hasta facturar un total de \$1.180.4 millones, es decir, \$342.5 millones de más, recursos que le fueron entregados con la adición firmada el 16 de julio de 2010 por valor de \$1.818.1 millones. Es importante mencionar que los valores correspondientes a glosas definitivas y giros realizados corresponden a lo estipulado en la cláusula octava que establece la forma de pago del contrato No. 022 de 2010.

Así mismo, para el programa Salud al colegio se le asignaron inicialmente \$766.0 millones, ejecutados así:

CUADRO 6  
Ejecución Salud al Colegio Enero-Junio de 2010  
(Millones de pesos)

MES	VALOR	GLOSA DEFINITIVA	GIROS
Enero	0	0	0
Febrero	277.3	11.5	409.8
Marzo	170.5	11.5	103.4
Abril	176.2	11.5	103.4
Mayo	167.2	11.5	103.4
Junio	172.0	13.9	542.0
<b>TOTAL FACTURACIÓN</b>	<b>963.2</b>	<b>59.9</b>	<b>1.262.0</b>
TOTAL EJECUTADO	1.262.0		

SOBRE EJECUCIÓN	496.0		
% GLOSADO	6.2%		

Fuente: Oficina de Salud Pública Hospital del Sur

Para este programa ocurre lo mismo que lo presentado en Salud a su Casa ya que se observa que para el mes de mayo ya se habían facturado \$791.2 millones, cifra superior al presupuesto asignado (\$766.0 millones), por lo tanto, al final del mes de junio, no existía disponibilidad de recursos; no obstante, con el fin de no interrumpir la ejecución del programa, el Hospital del Sur continuó sus actividades, hasta facturar un total de \$963.2 millones, es decir, \$197.2 millones de más, recursos que le fueron entregados con la adición firmada el 16 de julio de 2010 por valor de \$1.389.7 millones. Es importante mencionar que los valores correspondientes a glosas definitivas y giros realizados corresponden a lo estipulado en la cláusula octava que establece la forma de pago del contrato No. 022 de 2010.

### 2.2.3 Evaluación al programa Salud a su Casa (Proyecto 623-1 SASC)

En desarrollo de la presente auditoria y para emitir un concepto sobre la gestión desarrollada en la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, el equipo auditor se fundamenta en la evaluación de la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno, cumplimiento de los planes de mejoramiento y acciones ciudadanas.

Considera el ente de control importante, esbozar dentro del preámbulo al tema objeto de auditoria que el programa referido se inició en el periodo de gobierno 2004-2008, pasando a ser hoy el proyecto 623-1 denominado Salud a su Casa (SASC) dentro del actual plan de desarrollo 2008-2012 Bogotá Positiva: para vivir mejor.

Así mismo, los parámetros de gestión han variado y han pasado de caracterizar 24 microterritorios en el 2009 en la Localidad de Kennedy a 29 en el segundo semestre de 2010, entendiéndose que éstos corresponden a una extensión que contiene 1.200 familias objeto del proyecto auditado.

Esta auditoria especial en cuanto a su alcance tomará los siguientes contratos suscritos entre la Secretaria Distrital de Salud (SDS) y el Hospital del Sur así:

CUADRO 7  
Aspectos Jurídicos que circunscriben el alcance de la Auditoría.

Millones de \$

Contrato No.	Temporalidad	Valor del proyecto 623-01	Vr del proyecto Según Alcance
730 de 2008	4to trimestre de 2009	2.039.1	993.5
614 de 2009	1er al 4to trimestre 2009	2.384.8	2.384.8
022 de 2010	1er y 2do trimestre de 2010, incluye adición de julio 16 de 2010	2.656.0	1.186.5

Fuente: Hospital del Sur Coordinación proyecto 623-01.

La forma de pago de los contratos iniciales se realizaban con el informe de gestión y la factura, la Secretaria Distrital de Salud (SDS) restaba una reserva de glosa del 10% y luego, la firma interventora, auditaba los soportes de las actividades. Labor que se realizo solo hasta noviembre de 2009. Es de anotar que el contrato No. 730 se encuentra liquidado y el No. 614 esta en etapa de preliquidación. El último contrato difiere en la forma de pago con manejo de avances contra presentación de portafolios o plan de trabajo.

2.2.3.1. De las visitas de campo realizadas por el equipo auditor se determinó que los procesos y procedimientos no contemplan la caracterización y seguimiento de la totalidad de familias e individuos que habitan en inquilinatos.

De otro lado, las familias inactivas no son reemplazadas por las nuevas que entran como habitantes dentro de las localidades referidas, afectando las metas y cobertura del proyecto, transgrediendo el principio de efectividad, economía y planeación con miras a maximizar los recursos destinados.

Como ejemplo, dentro de la transversalidad Salud Mental actividad Desarrollar intervención Psicosocial a familias con factores que influyen en la salud mental y calidad de vida, implicando la acción: desarrollar proceso completo (4 visitas) en familias nuevas, situación que no se cumple.

Se transgrede la cláusula 4 obligaciones de la ESE Numeral 1 Frente a la prestación de servicios numeral 1.1 ejecutar, controlar y responder directamente por el desarrollo de las actividades del contrato, según lo establecido en la matriz de beneficios colectivos (anexo 1) de los contratos 730 de 2008, 614 de 2009 y 022 de 2010, suscritos con la SDS.

2.2.3.2 Al evaluar los Informes de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (OGPA) del ente auditado se corrobora lo detectado por este equipo auditor frente a las deficiencias de operatividad, seguimiento, control y autocontrol relacionado

con la verificación de soportes, situación que afecta el cumplimiento de la gestión establecida en los lineamientos del programa SASC.

Se evidenció que no obstante la suscripción del plan de mejoramiento del Hospital para las vigencias 2008 y 2009, frente al proyecto SASC, las deficiencias detectadas no cuentan con un registro del seguimiento por parte de la coordinadora del PIC y por ende gran parte de las observaciones se mantienen del proyecto Salud a su Hogar (SASH) al proyecto Salud a su Casa (SASC), destacándose los siguientes hallazgos por su importancia:

(...) “HALLAZGOS IDENTIFICADOS.

*Los equipos No. 3 UPA Patios, 6 UPA Dindalito y UBA 50 Mexicana no contó con médico. No cumplimiento de la resolución 1995 / 2000.*

*Incumplimiento de la meta para seguimiento a familias de 25 gestantes activas en el equipo solo se realizó seguimiento al 20%,*

*El 2.7 de cumplimiento en seguimiento a menores de un año, siendo la meta del 100% de los niños caracterizados en el territorio.*

*El 0.5% de cumplimiento en seguimiento a niños menores de 2 años siendo la meta el 100% de menores de dos años caracterizados”.*

Así mismo, el equipo auditor constató que no se realizó inducción a algunos de los miembros nuevos del equipo aspecto que influye negativamente en la gestión y el resultado del proyecto. No se cuenta con recurso humano suficiente para el cumplimiento de las actividades.

Se evidenció deficiencias en el seguimiento y el otorgamiento de citas posteriores a la caracterización, no hay una adecuada capacidad instalada y articulada eficientemente frente a la demanda de servicios de salud.

Igualmente se encontraron barreras de acceso tales como: duplicidad en la vinculación con los diferentes regímenes, traslado unilateral de los usuarios a sitios distantes de su residencia y limitaciones de horario para acceder a los servicios y programas de salud.

Los usuarios reportaron dificultades en la prestación de servicios de mayor complejidad, se destaca la baja efectividad en la atención articulada en los niveles intra e interinstitucional.

Las familias caracterizadas no tienen un seguimiento continuo de acuerdo a los lineamientos establecidos por la SDS afectando grupos poblacionales vulnerables.

Los equipos de trabajo no cuentan con dotación óptima para el desarrollo de sus labores, se presenta alto grado de inseguridad personal no obstante las eventualidades en relación con el tema han sido menores.

Los anteriores párrafos reafirman las deficiencias incluidas en el plan de mejoramiento del hospital

Se transgrede la cláusula 4 obligaciones de la ESE Numeral 2 Frente al Talento Humano e Infraestructura numeral 2.1 disponer del talento humano, funcional interdisciplinario suficiente e idóneo para el desarrollo del contrato, que garantice la ejecución, seguimiento y coordinación de todas las acciones definidas en los componentes y ámbitos contemplados en el PIC, de los contratos 730 de 2008, 614 de 2009 y el 022 de 2010.

2.2.3.3. Con relación a la intervención en individuos en situación de discapacidad dentro del proyecto 623-01 se han canalizado y han sido objeto de transversalidades efectivas para la vigencia 2009 y enero junio de 2010, evidenciándose las siguientes situaciones:

La periodicidad de las visitas realizadas por los equipos de trabajo no se cumplieron en su totalidad, situación que se evidenció dentro de las pruebas de auditoría.

A manera de ejemplo y de acuerdo al contenido del acta de interventoría del PIC de la firma HAGGEN AUDIT de fecha julio 28 de 2009, indica que para las asesorías a familias en situación de discapacidad en el bimestre febrero – marzo de 2009 se facturaron 7 asesorías cuando la meta era de 100. Así mismo, en el barrio el Amparo se realizó visita de campo por parte del equipo auditor, detectándose selectivamente un caso de discapacidad caracterizado que no contó con las visitas periódicas de seguimiento.

En el programa Centro de Atención Primaria en Salud Escolar (CAPSE), dentro de la institución CODEMA visitada por el equipo auditor, se evidenció la existencia de un discapacitado que no estaba caracterizado; igualmente, el médico que atendió la visita informó dos meses de inactividad y atraso en la remisión de fichas de caracterización.

Con lo anterior se transgrede el Decreto 470 de 2007 por el cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital, en especial los artículos 4 y 10.

#### 2.2.4 Evaluación al programa Salud al Colegio (Proyecto 624-1 SAC)

El programa Salud al Colegio (SAC) es desarrollado por directrices de las Secretarías de Salud y de Educación y es ejecutado por las ESEs de primer nivel de las diferentes localidades de la capital. Su función es fundamentalmente la de Promoción y Prevención.

El ámbito escolar es un espacio para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida. Los procesos en el ámbito escolar se desarrollan bajo los principios de la estrategia promocional de vida y salud.

#### PRINCIPIOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR

1. Promueve la salud y el bienestar de los alumnos.
2. Mejora los resultados académicos de los alumnos.
3. Defiende principios de justicia social y equidad.
4. Ofrece un entorno seguro y de apoyo.
5. Fomenta la participación de los estudiantes y el desarrollo de su potencial.
6. Relaciona las cuestiones y los sistemas de salud con los de la enseñanza.
7. Aborda las cuestiones de salud y bienestar de todo el personal de la escuela.
8. Colabora con los padres de alumnos y con la comunidad.
9. Integra la salud en las actividades cotidianas de la escuela, en el programa curricular y en los criterios de evaluación.
10. Establece objetivos realistas en base a datos precisos y evidencia científica sólida.
11. Busca mejorar continuamente mediante la supervisión y la evaluación.

El programa cuenta con objetivos que buscan afectar positivamente la calidad de vida y salud de la población escolarizada, mediante la comunicación interinstitucional que permite la implementación de acciones de promoción y prevención.

Se busca estructurar acciones de promoción de la salud mediante la concertación, el diseño y la implementación de actividades pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidirán de manera efectiva en la vida cotidiana de la población escolarizada.

Los procesos desarrollados en el marco del ámbito escolar, están encauzados conforme a las características de cada una de las poblaciones, los niños, niñas y jóvenes a pesar de estar escolarizados permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales que es necesario describir teniendo en cuenta las particularidades de su entorno. La tendencia a la deserción y al mal rendimiento escolar llevan a identificar al menos algunas situaciones que

afectan su calidad de vida, entre las cuales se encuentran: el embarazo en adolescentes, el consumo abusivo de SPA, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la discapacidad, el trabajo infantil y la desnutrición.

El programa desarrolla sus acciones con base en cinco fases a través de las que se busca consolidar el trabajo interinstitucional.

Fase I. Apropriación de un pensamiento estratégico.

Fase II. Acercamiento a las comunidades del territorio o ámbito de vida cotidiana:

Fase III. Lectura compartida de necesidades:

Fase IV. Construcción de planes de respuesta integral:

Fase V. Seguimiento y monitoreo

Atendiendo a los diversos escenarios escolares en los que opera el ámbito, la población sujeto de las intervenciones es:

- Niños y niñas menores de 16 años de las instituciones educativas de Bogotá pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 principalmente.
- Niños y niñas menores de 5 años de jardines infantiles del distrito capital, que pertenezcan o estén adscritos a la Secretaria de Integración Social o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- Jóvenes mayores de 16 años ubicados en instituciones de educación superior que tienen diferentes características dependiendo de si son estudiantes diurnos o nocturnos, hasta hace unos años: el embarazo en adolescentes, el consumo abusivo de SPA, la falta de ofertas para el aprovechamiento del tiempo libre, eran las problemáticas que afectaban a esta población. Los estudiantes nocturnos, son en su mayoría trabajadores, están casados, tienen hijos y obligaciones, las dependencias de bienestar universitario no les tienen en cuenta porque generalmente tienen horario de oficina. En general las universidades no tienen caracterizada suficientemente a esta población y es poco lo que se conoce sobre su régimen de aseguramiento y sus características sociodemográficas.

Los problemas sobre los cuales el sector salud interviene de manera más directa a la comunidad educativa, están relacionados con la salud mental, la salud oral, la

salud sexual y reproductiva, la desnutrición, el consumo de sustancias psicoactivas para mencionar sólo algunos.

La función del programa Salud al Colegio es acompañar a las instituciones educativas en la tarea de crear o fortalecer políticas escolares en Salud, igualmente busca favorecer el mejoramiento en la calidad de vida y salud de la población educativa desarrollando respuestas integrales a las necesidades.

El Plan Nacional de Salud Pública reglamentado por el Decreto No. 3039 de 2007, plantea “Mejorar el estado de salud de la población colombiana”, y los determinantes que las afectan. Igualmente, promueve la salud y la calidad de vida, como procesos políticos y sociales que comprenden acciones colectivas e individuales, que fomentan en las comunidades e individuos capacidades y oportunidades para que identifiquen y satisfagan sus necesidades en salud. De acuerdo con lo anterior, para el escenario escolar se requiere el desarrollo de programas y estrategias que mejoraren las competencias de los individuos, para el impulsar la educación en salud dentro y fuera de este sector.

Así mismo, los lineamientos de la SDS establecieron 16 metas a para el ámbito escolar las cuales se programaron cumplir a través del programa 624-1 denominado Salud al Colegio.

Ahora bien, la auditoría se realizó específicamente sobre aspectos relacionados con la meta 2 *“A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas.”* y con las metas 9 *“Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)”* y 10 *“Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años”*.

El Hospital del Sur desarrolla el programa SAC en dos localidades: Kennedy y Puente Aranda para lo cual cuenta con 5 equipos de trabajo repartidos en 3 equipos para Kennedy y 2 para Puente Aranda; cada equipo cubre 12 unidades de trabajo (sedes o jornadas) de colegios y jardines infantiles. Para la vigencia 2009 en Kennedy se atendieron 25 colegios y 11 jardines infantiles y en Puente Aranda 15 colegios y 10 jardines infantiles. Para el año 2010 el cubrimiento ha sido: Kennedy 28 colegios y 11 jardines infantiles y en Puente Aranda 15 colegios y 11 jardines infantiles.

A continuación se detalla la población que integra el ámbito escolar como también la población beneficiada por el programa:

CUADRO 8  
Población Ámbito Escolar Hospital del Sur

Localidad / Año	Población Ámbito escolar	Población Beneficiada programa SAC (aprox.)
<b>2009</b>		
Kennedy	135.406 escolares en colegios distritales 3.793 Docentes 121 Directivos <b>Jardines</b> 1.188 niños/as 101 Docentes y administrativos	30.600 escolares 1.400 Docentes 46 Directivos <b>Jardines</b> 1.188 niños/as 101 Docentes y administrativos
Puente Aranda	31.354 escolares en colegios distritales 1.227 Docentes 60 Directivos <b>Jardines</b> 446 niños/as 43 Docentes y administrativos	21.300 escolares 550 Docentes 30 Directivos <b>Jardines</b> 446 niños/as 43 Docentes y administrativos
<b>TOTAL</b>	<b>166.760 escolares en colegios distritales 5.020 Docentes 181 Directivos Jardines 1.634 niños/as 144 Docentes y administrativos</b>	<b>51.900 escolares 1.950 Docentes 76 Directivos Jardines 1.634 niños/as 144 Docentes y administrativos</b>
<b>2010</b>		
Kennedy	137.709 escolares en colegios distritales 3.793 Docentes 121 Directivos <b>Jardines</b> 1874 niños/as 195 Docentes y administrativos	37.583 escolares 1.420 Docentes 52 Directivos <b>Jardines</b> 1.724 niños/as 183 Docentes y administrativos
Puente Aranda	31.354 escolares 1.246 Docentes 74 Directivos <b>Jardines</b> 1.681 niños/as 114 Docentes y administrativos	22.399 escolares 600 Docentes 24 Directivos <b>Jardines</b> 1.521 niños/as 104 Docentes y administrativos
<b>TOTAL</b>	<b>169.063 escolares en colegios distritales 5.039 Docentes 195 Directivos Jardines 3.555 niños/as 309 Docentes y administrativos</b>	<b>59.982 escolares 2.020 Docentes 76 Directivos Jardines 3.245 niños/as 287 Docentes y administrativos</b>

Fuente: Oficina de Salud Pública – Hospital del Sur

Los equipos de trabajo que desarrollan el programa en las dos localidades cuentan con cronogramas de actividades mensuales para el desempeño de sus funciones, las cuales están encaminadas al cumplimiento de los objetivos y metas planteadas. Dichos cronogramas están sujetos a modificaciones toda vez que deben ajustarse a las múltiples actividades que realizan las IEDs y por ello en ocasiones no se cumplen de manera puntual, debiéndose reprogramar las tareas en conjunto con los directivos de los colegios. Esta situación se presentó en instituciones como La Merced, OEA y España, que fueron visitadas por el hospital en fechas diferentes a las programadas inicialmente.

Las acciones del ámbito escolar se ordenan en tres procesos estructurantes así:

1. Prácticas de cuidado cotidiano: Actividad física; Salud Oral; Nutrición suplementación; Nutrición patrones; Ambiente.
2. Transformación de prácticas culturales y sociales: Salud sexual y reproductiva; Salud mental que incluye SPA, Violencias e ideación suicida.
3. Inclusión e Integración Social: Discapacidad; Desplazados; Salud Visual y Auditiva; Trabajo infantil; Etnias.

Basados en la información suministrada por el hospital, se realizaron visitas a colegios y se constató que el hospital ha desarrollado diferentes estrategias con los directivos, coordinadores, orientadores, docentes y estudiantes, dirigidas a cumplir con lo propuesto en los procesos estructurantes mencionados anteriormente. Se evidenció que el mayor impacto en la población beneficiada se logra en lo que respecta a la salud oral, el suplemento nutricional de sulfato ferroso y la actividad física.

Es importante mencionar, que no obstante haber efectuado el acercamiento con los colegios y haber coordinado las estrategias a seguir para la implementación del programa, por el bajo compromiso de directivos, coordinadores y docentes, en algunos casos, no se da la importancia que requiere y por lo tanto no se cuenta con la receptividad ni el apoyo suficiente para lograr buenos resultados.

En cuanto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el Hospital de Sur en el período auditado ha venido implementando acciones promocionales de calidad de vida a través de actividades pedagógicas que parten del reconocimiento de los propios estudiantes. Igualmente se han construido estrategias, articulaciones y metodologías que posibilitan el desarrollo saludable de la vida para los sujetos en el ámbito escolar, labores que están a cargo de un grupo interdisciplinario de profesionales que tienen la tarea de profundizar y dar mayor relevancia dentro de la vida escolar, a temas relacionados con la problemática estudiantil.

Los programas de prevención están dirigidos a desarrollar habilidades para la vida cotidiana y el conocimiento de técnicas para evitar el consumo de drogas cuando estas sean ofrecidas. Igualmente reafirman las actitudes en contra del consumo de sustancias psicoactivas como también los comportamientos y habilidades que cada individuo debe asumir ante la sociedad haciendo énfasis en la confianza en sí mismo. La orientación que se ha venido dando en relación al consumo de sustancias psicoactivas, ha tenido como objetivo general: *“Intervenir en las comunidades educativas, con base en la lectura y priorización de necesidades sociales, mediante la realización de actividades colectivas que fomenten la promoción de la salud mental, con énfasis en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas”*

El Hospital de Sur ha desarrollado actividades tendientes a minimizar el consumo de sustancias psicoactivas, a través de los equipos conformados para el desarrollo del programa salud al colegio, para lo cual adelantan diferentes temas como pautas de crianza, bienestar docentes, proyectos de vida, prevención de riesgos y compromiso con la salud, entre otros, llevando a cabo actividades pedagógicas para hacer posible el desarrollo de los temas de manera práctica enfatizando en la importancia de protegerse frente a los incentivos del consumo de SPA. Igualmente, se brinda asesoría a los docentes en la elaboración del plan escolar de gestión de riesgos mediante el suministro de guías y pautas.

Para cumplir con lo anterior, el hospital visita las instituciones educativas y en reunión con los directivos, coordinadores, orientadores y docentes socializa los objetivos y lineamientos del programa para implementarlos en la institución. La metodología a seguir se define de manera conjunta con los educadores, para que en las clases magistrales hagan referencia a los temas seleccionados y destinen espacios para que los equipos de trabajo del hospital intervengan con sus acciones lúdicas y pedagógicas.

El siguiente cuadro relaciona las metas, acciones y actividades desarrolladas por el hospital durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, en lo relacionado con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas:

CUADRO 9  
Prevención consumo Sustancias Psicoactivas vigencia 2009 y primer semestre de 2010

COMPONENTE	METAS	ACCIONES	ACTIVIDADES	TALENTO HUMANO
<b>AÑO 2009</b>				
	1. En el año 2009, adaptar, adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del	1. Identificación de factores de riesgo. 2. Promoción de factores protectores 3. Prevención	1. Capacitación y formación a la comunidad educativa en la identificación temprana de los factores de riesgo, la promoción de factores protectores y la prevención del consumo de	Cinco (5) profesionales de las área de psicología y trabajo social, durante el

COMPONENTE	METAS	ACCIONES	ACTIVIDADES	TALENTO HUMANO
<b>AÑO 2009</b>				
PREVENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	consumo de sustancias psicoactivas. 2. Kennedy, en 2009 llegar a 36 sedes de colegios distritales promoviendo la autonomía y previniendo el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes y jóvenes escolarizados. 3. Puente Aranda, acompañar durante el año 2009 a 24 sedes de colegios distritales, promoviendo la autonomía y previniendo el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes y jóvenes escolarizados.	del consumo de sustancias psicoactivas a partir de metodologías lúdicas y pedagógicas.	sustancias psicoactivas. 2. Socialización del plan de acción construido con el equipo de acciones promocionales. 3. Desarrollar el Plan de acción construido, ajustado y viabilizado por la SDS. 4. Dar continuidad al proceso de construcción de la ruta de acción ante la identificación de un caso de consumo de sustancias psicoactivas o de la presencia de factores de riesgo. 5. Generar procesos de articulación con PDA y TVS	año 2009
<b>PRIMER SEMESTRE DE 2010</b>				
PREVENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1. En el año 2010, adaptar, adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. 2. Kennedy, en 2010 llegar a 36 sedes de colegios distritales promoviendo la autonomía y previniendo el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes y jóvenes escolarizados. 3. Puente Aranda, acompañar durante el año 2010 a 24 sedes	1. Identificación de factores de riesgo. 2. Promoción de factores protectores 3. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas a partir de metodologías lúdicas y pedagógicas.	1. Capacitación y formación a la comunidad educativa en la identificación temprana de los factores de riesgo, la promoción de factores protectores y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. 2. Socialización del plan de acción construido con el equipo de acciones promocionales. 3. Desarrollar el Plan de acción construido, ajustado y viabilizado por la SDS. 4. Dar continuidad al proceso de construcción de la ruta de acción ante la identificación de un caso de consumo de sustancias psicoactivas o de la presencia de factores de riesgo. 5. Generar procesos de articulación con Proyecto	Cinco (5) profesionales de las área de psicología y trabajo social, durante el año 2010, cada profesional hace parte de uno de los territorios definidos por el hospital para acompañar procesos en colegios distritales.

COMPONENTE	METAS	ACCIONES	ACTIVIDADES	TALENTO HUMANO
<b>AÑO 2009</b>				
	de colegios distritales, promoviendo la autonomía y previniendo el consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes y jóvenes escolarizados.		de Desarrollo Autónomo y Transversalidad.	

Fuente: Oficina Salud Pública – Hospital del Sur

De otra parte, el componente promoción y prevención de embarazos en adolescentes está encaminado a gestionar la Implementación de estrategias, acciones y metodologías colectivas en el ámbito escolar que fomenten la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población infantil, adolescente y joven, desde el colegio, con énfasis en la prevención integral del abuso sexual y la transformación de prácticas, lo cual ha venido afectando los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

La propuesta del hospital está encaminada a crear procesos operativos que permitan la construcción de acciones con niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cada una de las IEDs con base a la lectura de necesidades de cada Institución. Igualmente, desarrollan iniciativas en salud sexual y reproductiva que potencien la relación de adolescentes y jóvenes con los servicios de salud, de manera que aporten a la operatividad de los proyectos de educación para la sexualidad –PES- en las instituciones educativas y en los espacios de articulación intersectorial.

La problemática de embarazos en adolescentes se aborda de manera transversal interactuando con diferentes entidades distritales y locales como la Secretaría de Integración Social, el ICBF, alcaldías locales, Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Salud, IDIPRON, casa de la igualdad de oportunidades, entre otras, a través de mesas locales de trabajo donde se discuten casos de gestantes adolescentes y el direccionamiento para su atención integral.

Para el desarrollo e implementación de las actividades y acciones de la promoción y prevención de embarazos en adolescentes, el hospital desarrolla la misma metodología que tiene para la prevención del consumo de SPA, es decir, visitas a las instituciones educativas y concertan el plan a seguir con los directivos, coordinadores, orientadores y docentes, para posteriormente desarrollar las actividades propias del hospital en los diferentes colegios y jardines.

Los equipos de salud al colegio han adelantado estrategias, acciones y metodologías colectivas a partir de la lectura compartida de necesidades en las IEDs, generando espacios de construcción y participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las Instituciones educativas, con énfasis en la prevención integral del abuso sexual y la transformación de imaginarios y prácticas asociadas a la vivencia de la sexualidad.

El siguiente cuadro relaciona las metas, acciones y actividades desarrolladas por el hospital durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, en lo relacionado con la Reducción de embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (prevención del abuso sexual):

CUADRO 10  
Promoción y Prevención embarazos en adolescentes vigencia 2009 y primer semestre de 2010

COMPONENTE	METAS	ACCIONES	ACTIVIDADES	TALENTO HUMANO
<b>AÑO 2009</b>				
REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 14 AÑOS (PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL)	1. Seguimiento de casos de gestación, posparto y lactantes adolescentes. -Kennedy: 200 casos para 2009. -puente aranda: 80 casos para 2009 2. Acciones integradas: 4 guías metodológicas aplicadas en colegios distritales	1. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos que fortalezcan la apropiación del conocimiento. 2. Acciones integradas para la prevención del embarazo en adolescentes.	1. Identificación, canalización y seguimiento de adolescentes gestantes y en posparto de 10 a 14 años y fortalecimiento intersectorial del abordaje integral de la violencia sexual.	Dos (2) profesionales en enfermería, con conocimiento de la estrategia intersectorial para la atención integral de la adolescente gestante y lactante, y habilidades para el trabajo intersectorial
<b>PRIMER SEMESTRE DE 2010</b>				
REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 14 AÑOS (PREVENCIÓN DEL ABUSO)	1. Seguimiento de casos de gestación, posparto y lactantes adolescentes. -Kennedy: llegar a las 36 sedes de colegios distritales acompañadas por salud al colegio en 2010 -puente aranda: llegar a las 24 sedes de colegios	1. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos que fortalezcan la apropiación del	1. Identificar las adolescentes gestantes y lactantes (familiar gestante, lactante) y sus redes de apoyo, promoviendo el direccionamiento a los servicios de salud que favorezcan el reestablecimiento de los derechos de esta población en situación de vulnerabilidad,	Dos (2) profesionales en enfermería, con conocimiento de la estrategia intersectorial para la atención integral de la adolescente gestante y

COMPONENTE	METAS	ACCIONES	ACTIVIDADES	TALENTO HUMANO
<b>AÑO 2009</b>				
SEXUAL)	distritales acompañadas por salud al colegio en 2010 2. Trabajar en propuesta y desarrollo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Para el Hospital del Sur con dos (2) centros: UPA 92 patios en la localidad de Kennedy y UPA 48 Santa Rita para la localidad de Puente Aranda.	conocimiento. 2. Acciones integradas para la prevención del embarazo en adolescentes.	desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de la asistencia a controles prenatales, detección del riesgo obstétrico, curso de preparación para la maternidad y paternidad, detección de alteración en crecimiento y desarrollo, y demás intervenciones propias de la condición, fomentando prácticas de autocuidado que contribuyan al bienestar de la familia gestante y lactante adolescente.	lactante, y habilidades para el trabajo intersectorial

Fuente: Oficina Salud Pública – Hospital del Sur

Durante el año 2009 se realizaron visitas directas a los colegios de las localidades de Kennedy y Puente Aranda donde se movilizó y entregó la ruta de atención integral a gestantes a las orientadoras y/o coordinadores de cada IED. Igualmente se entregó documentación que explica el objetivo y las acciones realizadas; se identificaron y canalizaron casos nuevos y antiguos de adolescentes gestantes y lactantes, a las cuales se les realizó seguimiento, atención, orientación y educación, también se hizo entrega, a cada una de ellas, de material educativo que trata temas relacionados con Lactancia Materna, Guías Alimentarias para Mujeres Gestantes y Lactantes, Tarjeta para la Madre que incluye información educativa en alimentación para el menor de un año, prevención y manejo de enfermedades, signos de alerta para acudir a la IPS y Guía de Vacunación y asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo, además con la realización de las intervenciones se permitió identificar factores de riesgo psicosocial que fueron direccionados al área de Epidemiología del Hospital del Sur y la Red Materno Perinatal.

En el transcurso del programa se dificulta el seguimiento a las adolescentes gestantes debido a que en algunas IEDs las adolescentes se retiran por presentar embarazo de alto riesgo, lo que las ubica como adolescentes gestantes desescolarizadas y quedando fuera del lineamiento. Lo anterior denota la necesidad de modificar la implementación del programa ampliando el cubrimiento para estos casos. También se han detectado las siguientes amenazas para el correcto desarrollo e implementación del programa: Las adolescentes gestantes,

los docentes y la IED desconocen los derechos y deberes de las gestantes; las adolescentes desconocen de los servicios que prestan su IPS; falta de interés por parte de las adolescentes gestantes para iniciar los controles prenatales; deserción escolar de las adolescentes gestantes por su condición.

### Indicadores

Los indicadores que maneja salud al colegio están enfocados básicamente a la cobertura poblacional y al cumplimiento de metas distritales que acoge el programa. En el siguiente cuadro se relacionan los indicadores diseñados y el cumplimiento de los mismos para la vigencia 2009 y primer semestre de 2010:

CUADRO 11  
Indicadores Salud al Colegio vigencia 2009

Intervención	Indicadores	Kennedy	Puente Aranda
Coordinación y gestión territorial en IED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de colegios con planes de respuesta integral</li> <li>• Porcentaje de colegios con grupos gestores conformados</li> <li>• Número de actores de las comunidades educativas vinculados a los grupos gestores (docentes, directivos, orientadores(as), estudiantes, padres y madres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 36 unidades de trabajo, sedes o jornadas (28 colegios), con planes de respuesta integral = 100% de lo contratado.</li> <li>▪ 32 unidades de trabajo, sedes o jornadas (28 colegios, 48 sedes), con grupos gestores conformados = 66,7% de las unidades de trabajo con grupo gestor.</li> <li>▪ 180 actores de las comunidades educativas de la localidad de Kennedy que hacen parte de los grupos gestores, acompañados por los equipos territoriales S.A.C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24 unidades de trabajo, sedes o jornadas (15 colegios), con planes de respuesta integral = 100% de lo contratado.</li> <li>▪ 22 unidades de trabajo, sedes o jornadas (15 colegios, 32 sedes), con grupos gestores conformados = 68,8% de las unidades de trabajo con grupo gestor.</li> <li>▪ 118 actores de las comunidades educativas de la localidad de Kennedy que hacen parte de los grupos gestores, acompañados por los equipos territoriales S.A.C.</li> </ul>
Grupos de acciones promocionales (consumo SPA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de colegios con acciones promocionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 43 colegios distritales en la localidad de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 colegios distritales en la localidad de</li> </ul>

Intervención	Indicadores	Kennedy	Puente Aranda
	<p>implementadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de actores de las comunidades educativas vinculados a los procesos de promoción (docentes, directivos, orientadores(as), estudiantes, padres y madres)</li> </ul>	<p>Kennedy y 28 colegios acompañados por S.A.C. con acciones promocionales implementadas = 65,11%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>936 actores de las comunidades educativas acompañadas por los tres equipos territoriales S.A.C. de la localidad de Kennedy.</li> </ul>	<p>Kennedy y 15 colegios acompañados por S.A.C. con acciones promocionales implementadas = 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>745 actores de las comunidades educativas acompañadas por los tres equipos territoriales S.A.C. de la localidad de Kennedy.</li> </ul>
Identificación, atención y seguimiento a adolescentes gestantes, posparto y lactantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de notificación y canalización de gestantes y lactantes adolescentes de las instituciones educativas discriminadas por grupo etáreo de 10 a 14 años, 15 a 18 años y de 19 a 26 años.</li> <li>Porcentaje de adolescentes gestantes y lactantes incluidas dentro de programas sociales intersectoriales (integración social, Salud, educación, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>192 casos de gestantes identificados</li> <li>14 casos de 10 a 14 años. <math>14/192*100 = 7.3\%</math></li> <li>166 casos de 15 a 18 años. <math>166/192*100 = 86.5\%</math></li> <li>11 casos de 19 a 26 años. <math>11/192*100 = 5.7\%</math></li> <li>192 casos identificados/103 casos incluidas dentro de programas sociales intersectoriales. <math>103/192*100 = 53,6</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>81 casos de gestantes identificados</li> <li>6 casos de 10 a 14 años. <math>6/81*100 = 7.4\%</math></li> <li>71 casos de 15 a 18 años. <math>71/81*100 = 87.7\%</math></li> <li>2 casos de 19 a 26 años. <math>2/81*100 = 2.5\%</math></li> <li>81 casos identificados/54 casos incluidas dentro de programas sociales intersectoriales. <math>54/81*100 = 66.7</math></li> </ul>

Fuente: Oficina Salud Pública – Hospital del Sur

CUADRO 12  
Indicadores Salud al Colegio primer semestre de 2010

Intervención	Indicadores	Kennedy	Puente Aranda
	No. de sedes cubiertas	36 sedes acompañadas (o jornadas) como unidades de trabajo para los tres (3)	24 sedes acompañadas (o jornadas) como unidades de trabajo para los dos (2)

Intervención	Indicadores	Kennedy	Puente Aranda
Grupo de acciones promocionales: Prevención del consumo de SPA.		equipos de S.A.C. en la localidad de Kennedy (central y occidental)	equipos de S.A.C. en la localidad de Kennedy (central y occidental)
	No. total de niñas y adolescentes intervenidos.	2.256 niños, niñas y adolescentes acompañados con las actividades de los grupos de Acciones Promocionales de los tres (3) territorios S.A.C.	1.879 niños, niñas y adolescentes acompañados con las actividades de los grupos de Acciones Promocionales de los dos (2) territorios S.A.C.
	No. de casos detectados con dificultades de Consumo de Sustancias Psicoactivas.	32 casos detectados con dificultades de Consumo de Sustancias Psicoactivas, en colegios distritales de la localidad de Kennedy	25 casos detectados con dificultades de Consumo de Sustancias Psicoactivas, en colegios distritales de la localidad de Puente Aranda
Grupo de acciones promocionales: Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes como sujetos de los Derechos Sexuales y Reproductivos.	No. de estrategias y metodologías implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil, adolescente y joven, en las IED's.	9 estrategias y metodologías implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil	6 estrategias y metodologías implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil
	No. de sedes educativas con las estrategias implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil, adolescente y joven.	36 sedes educativas con las estrategias implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil, adolescente y joven.	24 sedes educativas con las estrategias implementadas en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población infantil, adolescente y joven.
	No. de niños, niñas, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en Derechos Sexuales y Reproductivos.	10.491 niños, niñas, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en Derechos Sexuales y Reproductivos, desde los tres grupos de acciones promocionales de S.A.C. que desarrollan sus acciones en los colegios distritales de	5.175 niños, niñas, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en Derechos Sexuales y Reproductivos, desde los tres grupos de acciones promocionales de S.A.C. que desarrollan sus acciones en los colegios distritales de

Intervención	Indicadores	Kennedy	Puente Aranda
		los territorios de Kennedy.	los territorios de Puente Aranda.
	Identificación de Gestantes y Lactantes	Gestantes: 101 casos identificados, orientados y canalizados a los servicios de salud.  Lactantes: 10 casos identificados y orientados en buenas prácticas de lactancia materna.	Gestantes: 52 casos identificados, orientados y canalizados a los servicios de salud.  Lactantes: 8 casos identificados y orientados en buenas prácticas de lactancia materna.

Fuente: Oficina Salud Pública – Hospital del Sur

### 2.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de la auditoría especial practicada al Hospital del Sur, se realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con al Contraloría de Bogotá, el cual fue remitido a través del SIVICOF. Dicho plan contiene 73 observaciones derivadas de auditorías anteriores así: Auditoría Regular vigencia 2008, 59 observaciones, Auditoría Especial vigencia 2008, 10 observaciones y Auditoría Regular vigencia 2006, 4 observaciones.

Una vez verificado el cumplimiento de las acciones correctivas presentadas en el plan de mejoramiento, se observó lo siguiente por componente de integralidad:

CUADRO 13  
Seguimiento al Plan de Mejoramiento

COMPONENTE	CANTIDAD	CERRADAS		ABIERTAS	
		CANTIDAD	A-C	CANTIDAD	A-C
Control Interno	17	16	C	1	A
Estados Contables	8	4	C	4	A
Contratación	28	28	C	0	
Plan Desarrollo	2	2	C	0	
Ambiental	4	1	C	3	A
Rendición Cuenta	5	5	C	0	
Aud. Especial	9	6	C	3	A
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>62</b>	<b>C</b>	<b>11</b>	<b>A</b>

Fuente: Plan de Mejoramiento Hospital del Sur rendido a través de SIVICOF

Las observaciones que se mantienen abiertas tienen que ver en algunos casos con el cumplimiento parcial de las acciones correctivas como también con la fecha final de implementación de las mismas, la cual vence el 31 de diciembre de 2010. Para el caso de las observaciones que se mantienen abiertas, con cumplimiento parcial del componente Gestión Ambiental, se refieren a que se depende de la

aprobación por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente de los documentos enviados por el Hospital.

Finalmente, de acuerdo con la metodología definida en la Resolución Reglamentaria No. 015 del 2010 expedida por el Contralor de Bogotá, el seguimiento al plan de mejoramiento arrojó un nivel de cumplimiento de 1.9 que equivale al 95.2% de cumplimiento.

### 3. ACCIONES CIUDADANAS

En cumplimiento del PAD 2010 Ciclo III, la Dirección Sector Salud e Integración Social invitó a algunos representantes de la comunidad de los hospitales objeto de la auditoría especial a los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio, con el propósito de socializar el encargo de auditoría y atender las diferentes inquietudes de los asistentes.

Como insumo para el proceso auditor, se recibió el AZ No. 383-10 relacionado con el derecho de petición interpuesto por un usuario en donde manifiesta su inconformidad respecto de la atención brindada por algunos funcionarios en la UPA 20 de Kennedy lo que originó el traslado de un lugar a otro para la atención médica, acción que fue subsanada como se observó en los documentos soportes que el Hospital entregó al ente de control donde se determinó que se están asignando las citas médicas cerca al lugar de residencia de la peticionaria.

El Hospital del Sur cuenta con la Oficina de Atención al Usuario la cual reportó la siguiente información para la vigencia 2009:

CUADRO 14  
Relación Peticiones, Quejas y Reclamos vigencia 2009

TIPO	CANTIDAD	ASUNTO	RESULTADO
Derecho de Petición en interés general	8	Visitas saneamiento ambiental: fumigación, desratización, sustancias tóxicas, higiene, brigadas de salud, recolección de animales	Se realizaron las visitas de inspección, dejando las recomendaciones y plazo de mejoramiento si es necesario ante Actas de saneamiento básico y referenciaciones, recolección de caninos y felinos. Apoyo y seguimiento a los requerimientos.
Derecho de Petición en interés particular	188	1. Saneamiento ambiental: Conceptos sanitarios, enfermedades compartidas, industria y ambiente IVC, seguridad alimentaria. 2. Ayudas técnicas (Prótesis, sillas de	1. Visita de inspección, recomendación y plazo de mejoramiento ante actas de saneamiento. Seguimiento y control a los requerimientos. 2. Visitas verificación seguridad social-condición socioeconómica y realización encuesta para determinar si es necesaria la

TIPO	CANTIDAD	ASUNTO	RESULTADO
		ruedas, etc)	ayuda técnica. Estudio en Comité Técnico.
Derecho de petición de información	0		
Felicitaciones	235	ASPECTOS POSITIVOS – buena prestación del servicio (funcionario)	Recomendaciones para seguir brindando un servicio con calidad, calidez y oportunidad, en aras de satisfacer a nuestros usuarios.
Derecho de consulta de documentos y expedición de copias	0		
Derecho de petición de acceso a los documentos públicos	0		
Quejas	479	Inconformidad por atención deshumanizada - maltrato.	Prestación de los servicios con humanización. Fortalecimiento de: Capacitaciones de sensibilización sobre humanización en las mesas de calidad y mesas de Unidad Local de Gerencia (ULG). Desarrollo de charlas sobre derechos y deberes a funcionarios.
Reclamo	851	Oportunidad en asignación de citas y consulta externa. Mejora en la prestación del servicio, infraestructura física.	Incremento de personal como: facturadores, promotores, informadores, médicos. Ampliación de horarios, asignación de citas diarias y por la línea amigable – Call Center
<b>TOTAL</b>	<b>1.761</b>		

Fuente: Oficina de Atención Usuario – Hospital del Sur

Para el primer semestre de la vigencia 2010 las peticiones, quejas y reclamos que recibió y atendió el hospital fueron las siguientes:

CUADRO 15  
Relación Peticiones, Quejas y Reclamos primer semestre de 2010

TIPO	CANTIDAD	ASUNTO	RESULTADO
Derecho de Petición en interés general	2	Visitas saneamiento ambiental: fumigación, desratización, sustancias tóxicas, higiene, brigadas de salud, recolección de animales	Se realizan las visitas de inspección, dejando las recomendaciones y plazo de mejoramiento si es necesario ante Actas de saneamiento básico y referenciaciones, recolección de caninos y felinos. Apoyo y seguimiento a los requerimientos.
Derecho de Petición en interés particular	142	1. Saneamiento ambiental: Conceptos sanitarios, enfermedades compartidas, industria y	1. Visita de inspección, recomendación y plazo de mejoramiento ante actas de saneamiento. Seguimiento y control a los requerimientos.

TIPO	CANTIDAD	ASUNTO	RESULTADO
		ambiente IVC, seguridad alimentaria. 2. Ayudas técnicas (Prótesis, sillas de ruedas, etc)	2. Visitas verificación seguridad social-condición socioeconómica y realización encuesta para determinar si es necesaria la ayuda técnica. Estudio en Comité Técnico.
Derecho de petición de información	0		
Felicitaciones	77	ASPECTOS POSITIVOS – buena prestación del servicio (funcionario)	Recomendaciones para seguir brindando un servicio con calidad, calidez y oportunidad, en aras de satisfacer a nuestros usuarios.
Derecho de consulta de documentos y expedición de copias	0		
Derecho de petición de acceso a los documentos públicos	0		
Quejas	230	Inconformidad por atención deshumanizada - mal trato.	Prestación de los servicios con humanización. Fortalecimiento de: Capacitaciones de sensibilización sobre humanización en las mesas de calidad y mesas de Unidad Local de Gerencia (ULG). Desarrollo de charlas sobre derechos y deberes a funcionarios.
Reclamo	539	A. No oportunidad en asignación de citas. B. Fallas en la prestación del servicio que no cumplen con los estándares de calidad	A. Implementación de la estrategia d asignación diaria de citas en centros de atención del hospital. B. Atención por el informador de salud en todos los centros de atención. C. Dar continuidad al Call Center con el fin de brindar una atención más oportuna a los usuarios. D. Incremento horas contratadas de medicina general en los centros de atención de mayor demanda en los servicios. E. Ampliación de horarios de atención en algunos puntos de acuerdo con la demanda de los servicios.
<b>TOTAL</b>	<b>990</b>		

Fuente: Oficina de Atención Usuario – Hospital del Sur

De otra parte es importante mencionar que durante el proceso auditor no se recibieron quejas o peticiones por parte del equipo auditor.

Finalmente, al revisarse lo correspondiente a peticiones, quejas y reclamos se puede concluir, que con respecto a los programas objeto de la auditoría no se presentaron comunicaciones por parte de la ciudadanía durante las vigencias evaluadas. Igualmente, la respuesta a los diferentes requerimientos y en especial a los derechos de petición, se efectuó dentro de los términos de ley.

De otra parte, se verificó la información reportada a través del SIVICOF mediante el formato electrónico CB-0405 denominado “Relación de peticiones, quejas y reclamos por tipología”, la cual coincide con la suministrada por la oficina de atención al usuario del hospital para el período auditado.

## ANEXO 1

### CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR \$ en millones	REFERENCIACIÓN
ADMINISTRATIVO	6		2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.2.3.1; 2.2.3.2; 2.2.3.3;
FISCAL	0		
DISCIPLINARIO	0		
PENAL	0		

## **SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.1	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. Sin embargo, la Subgerencia Administrativa ha retomado en la última vigencia algunos procesos adicionales (costos de producción), lo cual ha centralizado en una sola oficina numerosas tareas o actividades lo cual podría generar represamiento o cuellos de botella en los diferentes procesos a su cargo, ejemplo de ello el seguimiento al plan de acción el cual no se esta realizando	Fortalecimiento del proceso de seguimiento del de Plan de acción desde el Proceso estratégico de Planeación y control mediante la suscripción de actas de este seguimiento conjunto con los diferentes procesos del Hospital y los líderes de cada uno de ellos.	Porcentaje de Seguimiento al Plan de Acción = N° de procesos con seguimiento al plan de acción y evidencia del mismo / Total de Procesos del Hospital a seguir*100	Seguimiento al 100% del Plan de Acción de los Procesos del Hospital	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se fortaleció el proceso de seguimiento del Plan de Acción, en razón de la aprobación del Plan de Desarrollo Estratégico 2009 - 2012 en Marzo de 2009 que incluye los Planes de Acción anuales y la implementación de la "Metodología de Construcción, Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital del Sur E.S.E.", dentro de los términos del periodo evaluado; sin embargo, en razón del periodo vacacional, los días compensatorios (Diciembre 2009 ) y la alta de rotación del personal contratado que labora en la E.S.E., la socialización de la metodología, el seguimiento y evaluación anual, se extendió hasta el mes de Enero de 2010, se	La administración implementó la metodología de seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y plan de acción del Hospital del Sur 2009-2012. Se evidenciaron las actas de seguimiento para la vigencia 2010.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		por dicha área, como tampoco en las áreas de Talento Humano, Atención al Usuario y Participación Social y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Lo anterior genera un incumplimiento de los numerales e) y g) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.											le dió continuidad de acuerdo con la metodología implementada, en forma trimestral durante el primer semestre de año 2010.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.2	El área de planeación presenta incongruencia en el registro y articulación de las estrategias y metas puesto que no existe claridad en el planteamiento de las mismas en el plan de desarrollo institucional, el cual no es articulado con el plan de acción, registrando incoherencia en la descripción de las estrategias y metas del área misional. También presenta falencias frente al conocimiento y veracidad del diagnóstico del área de influencia, toda vez que estas son planteadas sin el debido análisis de	Integración del Plan de desarrollo Estratégico con el plan de Acción y demás herramientas de la planeación que permitan la articulación de estrategias y las metas	Plan de Acción articulado al Plan de Desarrollo Estratégico	Articulación del 100% del Plan de Acción al de Desarrollo estratégico	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se construyó participativamente el Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital años 2009 - 2012 el cual fue aprobado mediante Acuerdo 191 -09 por la Junta Directiva en Marzo 12 de 2009, enmarcado dentro del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Positiva articulando en su totalidad los objetivos, metas y estrategias a nivel local y con todos los procesos del Hospital.	Mediante Acuerdo No. 191 de Marzo 12 de 2009 de la Junta Directiva se adoptó el Plan de Desarrollo del Hospital del Sur. Se evidenció el Plan Indicativo de Gestión 2010.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		viabilidad que permita su real cumplimiento en términos de eficiencia eficacia y efectividad.													
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.2	La carencia de un sistema de seguimiento al plan de acción y control de las metas impiden conocer el avance físico de las mismas y su impacto social así mismo no permite realizar una evaluación exhaustiva a la gestión de la entidad.	Fortalecimiento del proceso de seguimiento del Plan de acción desde el Proceso estratégico de Planeación y control mediante la suscripción de actas de este seguimiento conjunto con los diferentes procesos del Hospital y los líderes de cada uno de ellos.	Porcentaje de Seguimiento al Plan de Acción = Nº de procesos con seguimiento al plan de acción y evidencia del mismo / Total de Procesos del Hospital a seguir*100	Seguimiento al 100% del Plan de Acción de los Procesos del Hospital	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se fortaleció el proceso de seguimiento del Plan de Acción, en razón de la aprobación del Plan de Desarrollo Estratégico 2009 - 2012 en Marzo de 2009 que incluye los Planes de Acción anuales y la implementación de la "Metodología de Construcción, Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital del Sur E.S.E.", dentro de los términos del período evaluado; sin embargo, en razón del período vacacional, los días compensatorios (Diciembre 2009) y la alta de rotación del personal contratado que labora en la E.S.E., la socialización de la metodología, el	La administración implementó la metodología de seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y plan de acción del Hospital del Sur 2009-2012. Se evidenciaron las actas de seguimiento para la vigencia 2010.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPÍTULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA
													seguimiento y evaluación anual, se extendió hasta el mes de Enero de 2010, se le dió continuidad de acuerdo con la metodología implementada, en forma trimestral durante el primer semestre de año 2010.		
Auditoría integral vigencia 2008	3.2.1.2	Con base al análisis realizado se observó que el nivel de cumplimiento de logros por parte de la entidad es del 60%. Lo anterior genera un incumplimiento de los numerales a) del artículo 4 y numeral e) del artículo 4 de la Ley 87 de 1993.	Fortalecimiento del proceso de seguimiento del Plan de acción desde el Proceso estratégico de Planeación y control mediante la suscripción de actas de este seguimiento conjunto con los diferentes procesos del Hospital y los líderes de cada uno de ellos.	Porcentaje de Seguimiento al Plan de Acción = Nº de procesos con seguimiento al plan de acción y evidencia del mismo / Total de Procesos del Hospital a seguir*100	Seguimiento al 100% del Plan de Acción de los Procesos del Hospital	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se fortaleció el proceso de seguimiento del Plan de Acción, en razón de la aprobación del Plan de Desarrollo Estratégico 2009 - 2012 en Marzo de 2009 que incluye los Planes de Acción anuales y la implementación de la "Metodología de Construcción, Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital del Sur E.S.E.", dentro de los términos del periodo evaluado; sin embargo, en razón del periodo vacacional, los días compensatorios	La administración implementó la metodología de seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y plan de acción del Hospital del Sur 2009-2012. Se evidenciaron las actas de seguimiento para la vigencia 2010.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													(Diciembre 2009 ) y la alta de rotación del personal contratado que labora en la E.S.E., la socialización de la metodología, el seguimiento y evaluación anual, se extendió hasta el mes de Enero de 2010, se le dió continuidad de acuerdo con la metodología implementada, en forma trimestral durante el primer semestre de año 2010.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.3	Se observa que el Hospital mantiene una organización por procesos, los cuales definen las interacciones o acciones secuenciales de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas. El hospital cuenta con los anteriores elementos, se presenta en algunos casos desconocimiento de la aplicación de los procedimientos	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204 ) y elaborar, aprobar, adoptar e implementar el de Plan Anual de Caja Presupuestal	Procedimientos de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de plan Anual de Caja Presupuestal	Dos (2) procedimientos implementados (Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y Plan Anual de Caja Presupuestal)	Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos de Tesorería y Presupuesto, Grupo Funcional de Calidad	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, GLORIA M. BURGOS T. - Profesional Universitario - Tesorería, HILDA DE LA PAVA - Apoyo Técnico de Presupuesto, JULIAN SAENZ S - Gestor de Calidad.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) , fue revisado y ajustado, aprobado un nuevo mediante Resolución 298 - 09 de la Gerencia del Hospital. Dicho procedimiento fue socializado e implementado dentro de los términos fijados para su cumplimiento.	La Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 expedida por el Gerente del Hospital, adopta procedimientos de macroprocesos, en su artículo 1 adopta los macroprocesos de recursos financieros entre los que se encuentra el Flujo de Efectivo. El procedimiento actualizado esta identificado como RFNPR500. Se evidenciaron actas	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		establecidos en el manual de procedimientos institucionales del área de tesorería del proceso de Flujo de efectivo, el cual se encuentra adoptado en el manual a corte 31 de diciembre de 2007.												de socialización del nuevo procedimiento para los funcionarios de áreas como tesorería y presupuesto.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.3	Aunque el Hospital cuenta con los anteriores elementos, se presenta en algunos casos desconocimiento de la aplicación de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos institucionales del área de Tesorería del proceso de flujo del efectivo, el cual se encuentra adoptado en el manual a corte 31 de diciembre del 2007. Aunque se encuentre adoptado el proceso flujo de efectivo, el desarrollo del mismo se fundamenta en el cumplimiento del PAC, el cual no se esta llevando a cabo	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y elaborar, aprobar, adoptar e implementar el de Plan Anual de Caja Presupuestal	Procedimientos de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de plan Anual de Caja Presupuestal	Dos (2) procedimientos implementados (Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y Plan Anual de Caja Presupuestal)	Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos de Tesorería y Presupuesto, Grupo Funcional de Calidad	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204), fue revisado y ajustado, aprobado un nuevo mediante Resolución de la Gerencia del Hospital. Dicho procedimiento fue socializado e implementado dentro de los términos fijados para su cumplimiento.	La Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 expedida por el Gerente del Hospital, adopta procedimientos de macroprocesos, en su artículo 1 adopta los macroprocesos de recursos financieros entre los que se encuentra el Flujo de Efectivo y Plan Anual de Caja Presupuestal. Los procedimientos actualizados están identificados como RFNPR500 para flujo de efectivo y RFNPR100 para Plan Anual de Caja Presupuestal. Se evidenciaron actas de socialización de	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		como lo señala dicho proceso.												los nuevos procedimientos para los funcionarios de áreas como tesorería y presupuesto.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.3	Lo anterior incumple con lo señalado en el artículo 4 numeral b) Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos; numeral i) Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control de la ley 87 de 1993, como también se incumple la Resolución N° 299 del 31 de diciembre del 2007 por el cual se adopta el manual de procesos y procedimientos del Hospital del Sur.	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y elaborar, aprobar, adoptar e implementar el de Plan Anual de Caja Presupuestal	Procedimientos de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de plan Anual de Caja Presupuestal revisados, aprobados e implementados	Dos (2) procedimientos implementados (Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y Plan Anual de Caja Presupuestal)	Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos de Tesorería y Presupuesto, Grupo Funcional de Calidad	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204), fue revisado y ajustado, aprobado un nuevo mediante Resolución de la Gerencia del Hospital. Dicho procedimiento fue socializado e implementado dentro de los términos fijados para su cumplimiento.	La Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 expedida por el Gerente del Hospital, adopta procedimientos de macroprocesos, en su artículo 1 adopta los macroprocesos de recursos financieros entre los que se encuentra el Flujo de Efectivo y Plan Anual de Caja Presupuestal. Los procedimientos actualizados están identificados como RFNPR500 para flujo de efectivo y RFNPR100 para Plan Anual de Caja Presupuestal. Se evidenciaron actas de socialización de los nuevos procedimientos para los funcionarios de	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
														áreas como tesorería y presupuesto.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.4	Una vez evaluado el subsistema de Control Estratégico, se observa que cada área ha implementado la política de riesgos como tal, sin embargo, se evidencian riesgos y falta de controles en el desarrollo de algunos procesos, como el proceso de Back up del sistema Hipócrates que origina traumas al no realizarse un control en los puntos de riesgos del proceso, sin que a la fecha se haya realizado algún tipo de auditoria para verificar su efectividad.	Diseño, Elaboración, aprobación, socialización e implementación del procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital.	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Elaborado, aprobado socializado e implementado.	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Elaborado, aprobado socializado e implementado.	PROCESO DE APOYO DE RECURSOS TECNOLOGICOS	OSCAR J. MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, GUSTAVO A. CAMACHO R. Profesional de Apoyo de Recursos Tecnológicos, RAFAEL MARTIN - Técnico de Sistemas, TECNICOS DEL AREA EN OFIMATICA	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	0,7	75	Se ha cumplido con el 100% de las acciones de copias de seguridad del sistema de información del Hospital y del 50% de las acciones referentes a copias de seguridad de ofimática, en razón de la dificultad de disponibilidad de tiempo presentada en los diferentes puntos y centros del Hospital, para efectuar el procedimiento.	Para corregir esta falencia, la administración del hospital mediante Resolución 298 de 2009 expedida por el Gerente, en su artículo 2 adopta procedimientos para macroproceso Recursos tecnológicos denominado Mantenimiento preventivo de la capacidad tecnológica instalada y elaboración de copias de seguridad. Los procedimientos adoptados se denominan Procedimiento Mantenimiento preventivo y elaboración de copias de seguridad, código RTCPR-100 para Ofimática y Procedimiento elaboración de copias de	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
														seguridad de los servidores, código RTCPR-101 para el aplicativo Hipócrates. Se evidenciaron actas de socialización de estos los procedimientos a los funcionarios del área de recursos tecnológicos.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.4	Otro debilidad se evidencio fue el control sobre el proceso de generación y aplicación de certificados de registro presupuestales que soportan los diferentes contratos, al no respetar el orden cronológico de los mismos, situación que no influye en los resultados, pero que sin embargo deja observar falta de controles de generación de estos documentos.	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Expedición de Registro de Certificado Presupuestal (PAGFIPR503)	Procedimientos de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) revisado, ajustado, aprobado e implementado.	Procedimiento implementado de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503).	Proceso de Gestión Jurídica - Subprocesos de Adquisición y de Contratación, Subgerencia Administrativa y Financiera - Subprocesos Presupuestal, Grupo Funcional de Calidad	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, HILDA DE LA PAVA - Apoyo Técnico de Presupuesto, JULIAN SAENZ S. Gestor de Calidad. ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ- Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503), fue revisado y ajustado entre otros con puntos de control; se aprobó un nuevo procedimiento mediante Resolución No. 298 - 09 de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009. Dicho procedimiento fue socializado e implementado dentro de los términos del periodo evaluado y es el vigente a la fecha de elaboración de este reporte.	Para corregir esta falencia, la administración del hospital mediante Resolución 298 de 2009 expedida por el Gerente, en su artículo 1 adopta procedimientos para macroproceso Recursos Financieros entre los que se encuentra el denominado Expedición de certificado presupuestal. El procedimiento adoptado se identifica con el código RFNPR-102. Se evidenciaron actas de socialización de este procedimiento	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
														a los funcionarios de las áreas que intervienen en el proceso.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.4	Otro de los riesgos identificados fue al proceso de contratación como es la demora en el pago del impuesto de publicación y timbre, como también en la tardanza en la suscripción de los certificados modificatorios a la póliza que ampara los diferentes riesgos de algunos contratos,	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado o al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIA N SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acucioso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado, este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			contractual y de Seguimiento (Verificación de documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes al Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010. A la fecha se encuentra en ajustes y aprobación el Manual de Contratación en la Junta Directiva, luego de lo cual se procederá a modificar nuevamente el procedimiento de Legalización de contratos implementado.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.4	y en el área de talento humano no existe una valoración de las cargas laborales individuales, aunado a otro factor que incide negativamente en la gestión administrativa es la alta rotación del personal en especial del nivel directivo, lo que ha producido traumas en la continuidad de los procesos estratégicos institucionales.	Elaboración de propuesta de trabajo de contratación de la persona natural(s) o jurídica(s) que realice las actividades necesarias para la medición de las cargas de trabajo del personal de planta del Hospital	Propuesta de trabajo de contratación de la persona natural(s) o jurídica(s) que realice las actividades necesarias para la medición de las cargas de trabajo del personal de planta del Hospital	Propuesta de trabajo de contratación de la persona natural(s) o jurídica(s) que realice las actividades necesarias para la medición de las cargas de trabajo del personal de planta del Hospital	Proceso de Gestión de Talento Humano	ELISANA VELÁSQUEZ F. - Profesional Especializado de Talento Humano	1 Recursos propios	15/09/2009	30/06/2010	1	100	La propuesta técnica de contratación de personas naturales o jurídicas, se elaboró al (100%) dentro del tiempo esperado y justificando técnicamente la necesidad de contratar una consultoría que realice las diferentes actividades que implica efectuar un análisis actual del Hospital dentro de los cuales se encuentra el de cargas laborales del personal de planta, respecto al cumplimiento de su misión y mejoras de los elementos básicos de la Institución, de acuerdo con los lineamientos del DASCD y DAFP, para tal efecto. Se efectuó la contratación pertinente en el mes de junio y el contrato se está ejecutando a la fecha de esta evaluación.	La entidad suscribió la orden de prestación de servicios No. 131 de 2010, mediante la cual se tiene contemplado el análisis actual de talento humano dentro de las cuales se encuentra el de cargas laborales.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.1.4	Por lo tanto la administración, al dejar riesgos sin identificar y en especial aquellos que inciden en la estructura funcional del Hospital como el programa Hipócrates, evidencia debilidad y riesgos internos, teniendo en cuenta que este es un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales?, infringiendo lo preceptuado en Decreto 1537 de 2001 artículo 4.	Seguimiento a Plan de Mejoramiento suscrito por el Proceso de Recursos Tecnológicos a Auditoría interna especial año 2008 y a la auditoría efectuada por la revisoría Fiscal (Periodo Julio - Septiembre de 2008)	Elaboración de propuesta de trabajo de contratación de la persona natural(s) o jurídica(s) que realice las actividades necesarias para la medición de las cargas de trabajo del personal de planta del Hospital	Propuesta de trabajo de contratación de la persona natural(s) o jurídica(s) que realice las actividades necesarias para la medición de las cargas de trabajo del personal de planta del Hospital	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	CLARA STELLA BELTRÁN P - Jefe de Oficina, ROSA NOHEMI MORA D - Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, INGENIERO DE SISTEMAS DE REVISORIA FISCAL	1 Recursos propios	01/11/2009	30/06/2010	0,4	40	Se cumplió con el (100%) de la etapa de planeación de la auditoría de seguimiento, la cual tuvo que ser ajustada en razón de observación de Revisoría Fiscal del Hospital. Se recibió propuesta de Auditoría externa en el mes de junio de 2010, sin embargo por el costo de la misma no fue aprobada y se incluyó dentro del Plan de Auditoría año 2010 para efectuar en el mes de agosto.	La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol realizó la planeación de la Auditoría de seguimiento al aplicativo Hipócrates y para ello solicitó apoyo logístico. Posteriormente solicitó incluir en el plan de auditoría de la Revisoría Fiscal (firma Monclou Asociados), la evaluación del sistema Hipócrates, solicitud que fue aprobada por dicha firma.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.2.1	El Hospital contó con dieciséis políticas de operación en la vigencia 2008, las cuales fueron documentadas en el Plan de Desarrollo, Manual de Calidad y Manual de Operaciones. En la vigencia 2009 su estructura se simplificó a 8 políticas, las cuales se esta divulgando mediante los mismos canales de comunicación anteriormente mencionados (periódico institucional, Boletín MECI Calidad, etc). Sin embargo su conocimiento es bajo en las diferentes áreas del Hospital, debido en gran parte por la alta rotación del personal que ejecuta las actividades contratadas a través de cooperativas de trabajo asociado, como también por el outsourcing, originando coyunturas en el	Diseño e Implementación de estrategia comunicativa masiva que incluye entre otros: uso de intranet, socialización en Comités y reuniones, piezas comunicativas institucionales (Volante, agenda, periódico), para despliegue de políticas institucionales.	No. de Piezas comunicativas con temas de políticas institucionales incluidas y No. De reuniones de socialización	Socialización del 100% de las políticas institucionales	GRUPO FUNCIONAL DE CALIDAD, PROCESO DE COMUNICACIONES	OSCAR J. MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, GUSTAVO A. CAMACHO R. - Profesional de recursos Tecnológicos, PROFESIONAL DE APOYO DE COMUNICACIONES, JULIAN SÁENZ S. - Gestor de Calidad, GESTORES DE CALIDAD, LÍDERES M.E.C.I.	1 Recursos propios	15/09/2009	30/06/2010	0,7	70	La Gerencia emitió la Resolución No. 235 el 16 de Octubre de 2009 por medio de la cual se adoptan las Políticas Institucionales para el Hospital del Sur E.S.E. a saber: Atención al Usuario-Familia-Comunidad, Gestión del Talento Humano, Ambiente Físico, Integral de Gestión, Administración del Riesgo, Seguridad de la Atención en Salud, Gestión Contable y la Política Integrada de Información, Comunicación, Medios de Comunicación. Así mismo, se proyectó el Plan de comunicaciones del Hospital que incluye entre otras piezas comunicativas un afiche sobre la Política de Seguridad de la Atención en Salud y un cuaderno de trabajo que incluye las políticas institucionales, que se encuentra aprobado para ser	La información sobre las políticas institucionales se encuentra en la página web del hospital, <a href="http://www.hospitalsur.gov.co">www.hospitalsur.gov.co</a> , la cual puede ser consultada permanentemente por cualquier funcionario y/o ciudadano en general. Además existen afiches divulgando la política de seguridad de atención en salud, publicados en las diferentes carteleras de cada piso y de cada punto de atención; el hospital cuenta con plan de comunicaciones el cual contiene entre sus objetivos específicos el fortalecimiento de la difusión de las políticas. En la web se entra al link Calidad, políticas institucionales y allí aparece la Resolución 235 del 16 de octubre de	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		desarrollo de las actividades del personal de planta, por lo tanto estas políticas no se encuentran interiorizadas y apropiadas por los funcionarios. Lo anterior genera un incumplimiento de los numerales e) y f) de la Ley 87 de 1993											editado y entregado a todos los servidores de la ESE durante el segundo semestre del año 2010. El Hospital no se pudo inscribir en el premio CIDE de la Alcaldía Mayor en Marzo de 2010, por insuficiente número de piezas comunicativas con codificación.	2009 mediante la cual se adoptan 10 políticas.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.2.2	El hospital cuenta con procedimientos contemplados en un manual aprobado mediante Acuerdo 299 del 31 de diciembre del 2007. Dichos procedimientos se han implementado y cada uno de ellos contempla un responsable en la ejecución de las actividades, de igual manera cuenta con un cronograma de revisión y un formato de divulgación de documentos del Sistema de Gestión de Calidad (Guías, protocolos, Procedimientos, instructivos, formatos	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de Expedición de Certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503)	Procedimientos de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503)	Dos (2) procedimientos implementados (Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503).	Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos de Tesorería y Presupuesto, Grupo Funcional de Calidad	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, GLORIA M. BURGOS T. - Profesional Universitario - Tesorería, HILDA DE LA PAVA - Apoyo Técnico de Presupuesto, JULIAN SAENZ S - Gestor de Calidad.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se implementaron dos nuevos procedimientos, luego de revisar y ajustar los procedimientos Procedimientos de Flujo de Efectivo (PAGFIPR204) y el de Expedición de Certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503), previa aprobación mediante acto administrativo de la Gerencia en Diciembre de 2009, que incluyeron entre otros, puntos de control de los mismos.	Para corregir esta falencia, la administración del hospital mediante Resolución 298 de 2009 expedida por el Gerente, en su artículo 1 adopta procedimientos para macroproceso Recursos Financieros entre los que se encuentran los denominados Expedición de certificado presupuestal y Flujo de Efectivo. Los procedimientos actualizados están identificados como RFNPR-102 para certificados de registro	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		y manuales). Sin embargo la aplicación de los mismos no es tenida en cuenta, por algunas áreas como presupuesto al no controlar el proceso y generación de certificados de registro presupuestal y el área de tesorería, al no ejecutar el procedimiento de efectivo como lo señala el manual de procedimientos. Lo anterior genera un incumplimiento de los numerales c), e) y g) y de la Ley 87 de 1993.												presupuestal y código RFNPR-500 para flujo de efectivo. Se evidenciaron actas de socialización de estos procedimientos a los funcionarios de las áreas que intervienen en los procesos.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.2.3	Según el mapa de riesgos el Hospital cuenta con controles preventivos y correctivos desde la vigencia 2006. Se evidencia que la entidad definió los controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos. Sin embargo, se evidencia la ausencia de algunos controles en el área de sistemas como punto	Diseño, Elaboración, aprobación, socialización e implementación del procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital.	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Diseñado, aprobado	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Elaborado, aprobado	PROCESO DE APOYO DE RECURSOS TECNOLOGICOS	OSCAR J. MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, GUSTAVO A. CAMACHO R. Profesional de Apoyo de Recursos Tecnológicos, RAFAEL MARTIN - Técnico de Sistemas, TECNICOS DEL AREA EN OFIMATICA	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	0,7	75	Se ha cumplido con el 100% de las acciones de copias de seguridad del sistema de información del Hospital y del 50% de las acciones referentes a copias de seguridad de ofimática, en razón de la dificultad de disponibilidad de tiempo presentada en los diferentes puntos y centros del Hospital, para efectuar el	Para corregir esta falencia, la administración del hospital mediante Resolución 298 de 2009 expedida por el Gerente, en su artículo 2 adopta procedimientos para macroproceso Recursos tecnológicos denominado Mantenimiento preventivo de la capacidad tecnológica instalada y	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		neurálgico institucional (caída del sistema Hipócrates y pérdida de información), al igual que en el proceso de control a los planes de acción, actividad que debe ser realizada por cada área antes que sea realizada y consolidada por la oficina de Gestión Pública y Autocontrol, 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.		Elaborado, aprobado socializado e implementado.	socializado e implementado en el 80% de la entidad.								procedimiento.	elaboración de copias de seguridad. Los procedimientos adoptados se denominan Procedimiento Mantenimiento preventivo y elaboración de copias de seguridad, código RTCPR-100 para Ofimática y Procedimiento elaboración de copias de seguridad de los servidores, código RTCPR-101 para el aplicativo Hipócrates. Se evidenciaron actas de socialización de estos los procedimientos a los funcionarios del área de recursos tecnológicos.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.2.4	Sistemas de Información. Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, como lo ocurrido con	Diseño, Elaboración, aprobación, socialización e implementación del procedimiento de copias de seguridad y	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias	Procedimiento de copias de seguridad y del procedimiento sistemático de copias de	PROCESO DE APOYO DE RECURSOS TECNICOS	OSCAR J. MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, GUSTAVO A. CAMACHO R. Profesional de Apoyo de Recursos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	0,7	75	Se ha cumplido con el 100% de las acciones de copias de seguridad del sistema de información del Hospital y del 50% de las acciones referentes a copias	Para corregir esta falencia, la administración del hospital mediante Resolución 298 de 2009 expedida por el Gerente, en su artículo 2 adopta procedimientos	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		la caída del sistema en junio del 2008, generando traumatismos internos por la importancia de la información desaparecida en este percance. Incumpliendo los artículos 3 y 4 de la Ley 87 de 1993.	del procedimiento sistemático de copias de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital.	de seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Elaborado, aprobado socializado e implementado.	seguridad de ofimática de cada uno de los procesos del Hospital, Diseñado, Elaborado, aprobado socializado e implementado en el 80% de la entidad.		Tecnológicos, RAFAEL MARTIN - Técnico de Sistema, TECNICOS DEL AREA EN OFIMATICA						de seguridad de ofimática, en razón de la dificultad de disponibilidad de tiempo presentada en los diferentes puntos y centros del Hospital, para efectuar el procedimiento.	para macroproceso Recursos tecnológicos denominado Mantenimiento preventivo de la capacidad tecnológica instalada y elaboración de copias de seguridad. Los procedimientos adoptados se denominan Procedimiento Mantenimiento preventivo y elaboración de copias de seguridad, código RTCPR-100 para Ofimática y Procedimiento elaboración de copias de seguridad de los servidores, código RTCPR-101 para el aplicativo Hipócrates. Se evidenciaron actas de socialización de estos los procedimientos a los funcionarios del área de recursos tecnológicos.	

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.2.3.1	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. Sin embargo su gestión ha sido afectada negativamente en gran parte por la rotación frecuente del jefe correspondiente y la no realización de retroalimentación a las diferentes áreas del Hospital. Dificultándose el posicionamiento de ésta oficina. Sumado a que una vez efectuado el seguimiento a los planes de mejoramiento, se	Elaboración, aprobación, socialización, implementación y seguimiento de Plan de Mejoramiento Institucional .	Plan de Mejoramiento Institucional elaborado, socializado, implementado y evaluado	Elaborar, aprobar, socializar, implementar y evaluar el Plan de Mejoramiento Institucional	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	CLARA STELLA BELTRÁN P - Jefe de Oficina, ROSA NOHEMI MORA D - Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, MARTHA D, AMBROSIO N, - Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Profesionales Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, OSCAR J-MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-Gerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Sub-Gerente de Servicios de Salud	1 Recursos propios	01/10/2009	31/12/2010	0,4	40	Se cumplió al (100%) de la primera etapa de la metodología planteada para la elaboración del Plan de Mejoramiento Institucional, consistente en la consolidación y filtro preliminar del Plan de Mejoramiento Institucional, integrando plan de mejoramiento suscrito ante la Contraloría de Bogotá, D.C. producto de auditorias especial e integral vigencia 2008, planes de mejoramiento generados por hallazgos de auditorias internas años 2008 y 2009, de EPS-S y Revisoría Fiscal de las vigencias 2008 y 2009. En febrero de 2010 se proyectó la socialización de la metodología y cronograma año 2010, sin embargo y raíz del objetivo del Hospital de acreditarse, en mayo se ajustó esta	Existe plan de auditorias internas elaborado por la OPGA el cual fue presentado al Comité Coordinador de Control Interno quien lo aprueba. En cuanto al plan de mejoramiento institucional se tiene un consolidado preliminar y metodología que está sujeta a aprobación del Comité de Control Interno, la cual está planeada para el 25 de noviembre de 2010, este documento incluye las observaciones realizadas por la Contraloría, revisoría fiscal y EPSs.	1 - A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		estableció que las acciones correctivas desplegadas por el Hospital son originadas casi exclusivamente por el ejercicio efectuado por la Contraloría de Bogotá, y no por la oficina de Gestión Pública como lo señala los numerales e), f) y g) de la Ley 87 de 1993.											metodología y se dió traslado la etapa de a) actualización, revisión y depuración por procesos de la información consolidada, b) consolidación definitiva del Plan de mejoramiento institucional al Grupo de Apoyo Técnico de Calidad para estandarizarlo con el Plan de Mejoramiento de Acreditación. Las etapas de c) seguimiento y d) evaluación, se efect		
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.1.	Las conciliaciones bancarias de diciembre de 2008, mostraron partidas conciliatorias con una antigüedad razonable de acuerdo al giro normal de sus operaciones, a excepción de las presentadas por concepto de consignaciones no registradas en libros en la cuenta Davivienda 7500693770, por valor de \$46.4 millones, que corresponden a	Identificación y registro contable de depósitos y abonos de la cuenta de Davivienda 7500693770.	Porcentaje de Cumplimiento = Valor Total Abonos y Depósitos identificados / Valor Total Abonos y Depósitos por identificar	Identificación y registro del 60% de los abonos y depósitos de la cuenta bancaria Davivienda 7500693770 a 30 de Diciembre de 2009 y del 40%, al 30 de Junio de 2010 ante la dificultad de suministro de soportes al Hospital	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-procesos de Cartera, Tesorería y Contabilidad.	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera, CARLOS ORTIZ ZAPATA - Profesional Universitario - Cartera, GLORIA MARCELA BURGOS TORRES - Profesional Universitario - Tesorería, OMAR RIOS TRIANA - Profesional Universitario - Contabilidad	1 Recursos propios	15/09/2009	30/06/2010	0,7	73	Se logró un cumplimiento del (90% o 34 millones) de la meta esperada (36 millones) para el periodo a marzo de 2010; sin embargo, a Junio de 2010 y término para el cumplimiento de esta acción en su totalidad, queda pendiente por identificar dentro de las conciliaciones efectuadas un número de partidas (depósitos y abonos) por valor de (\$12,6 millones). Por esta	Se verifico cumplimiento parcial frente al hallazgo	1-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		depósitos y abonos realizados principalmente en el mes de octubre de 2008, las cuales se encontraron sin depurar; originando que esta cuenta no incluya la totalidad de los hechos financieros, incidiendo en la razonabilidad del saldo presentado en esta cuenta, e incumpliendo lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, numeral 2.7, literal 110.			por parte de los entes externos (Bancos) consistentes en microfilmaciones o registros de archivo, que permitirían a la ESE, la identificación plena del depositante, ya que dichos depósitos se encuentran con información incompleta.								razón y ante la difícil culminación de este proceso por la limitaciones de la entidad, en julio de 2010 se tomarán las medidas pertinentes posiblemente encaminadas al traslado de estas partidas sin identificar, a otra cuenta.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.2	No obstante las conciliaciones mensuales que se presentaron entre contabilidad y cartera, los saldos de cartera no fueron conciliados a 31 de diciembre de 2008 con los diferentes pagadores, excepto el Fondo Financiero Distrital de Salud, situación que no ofrece certeza de las cifras presentadas por cada uno de los pagadores, como tampoco confiabilidad en la determinación y cuantificación de las deudas de difícil cobro, incumpliendo lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública numeral 2.7, literal 106, relacionado con la verificabilidad de la información.	Dar continuidad a las Conciliaciones de los saldos de cartera, con los pagadores diferentes al FFD.	porcentaje de conciliacion = numero de conciliaciones efectuadas /numero de conciliaciones programadas	Conciliar el 60% de la cartera con diferentes pagadores al Fondo Financiero Distrital de Salud a Diciembre 31 de 2009 y el 40% restante a Diciembre de 2010, en razón a que la conciliación de saldos requiere previa identificación de los hechos financieros del Hospital y esta implica, la búsqueda manual de soportes que no se encuentran en el aplicativo del sistema de Información (Hipócrates).	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-proceso de cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera, CARLOS ALBERTO ORTIZ ZAPATA - Profesional Universitario - Cartera, OMAR RIOS -SIGIFREDO BERNAL - Apoyo Técnico, SANTIAGO CONTRERAS - Apoyo Técnico, ARLEY JARAMILLO OSSA - Técnico de Cartera	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	1,6	163	Se concilió un total de (\$446.233.651.00) a marzo de 2010 del saldo correspondiente a la cartera mayor a 360 días con diferentes pagadores al FFD (\$1.549.518.482.00), superando la meta (\$272.000.000.00) planteada en razón de la eficiente identificación de saldos y conciliación con los diferentes pagadores al FFD además de su voluntad para llevar a cabo estas conciliaciones, con el objeto final de conciliar el 100% de la cartera a Diciembre de 2008, antes del término del año 2010.	Aun se realizan labores de conciliación de cartera mayor a 360 días afectando la confiabilidad de los saldos de cartera.	1.5-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
					por la pérdida de información acaecida en Julio de 2008. En el mismo sentido y ante la dependencia de la voluntad de terceros para efectuar las conciliaciones, la ESE se vé avocada a excederse en el cumplimiento de la vigencia fiscal.										

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.3	Examinando la información de cartera reportada en el Formato de deudor y edades, a 31 de diciembre de 2008, sin incluir deudas de difícil cobro, se observa que de un total de \$6.211.2 millones, \$2.718.2 millones que equivalen al 44% del total de la cartera, presentan una antigüedad superior a 360 días, \$1.988.9 millones 32.02%, a deudas con una antigüedad entre 181 a 360 días y \$906.3 millones 14.59%, con una antigüedad de 91 a 180 días. Lo que demuestra falta de gestión adecuada en el cobro oportuno de estos recursos, incidiendo negativamente en la liquidez de la entidad y en el riesgo de pérdida de estos recursos. Lo anterior incumple lo normado en el Régimen de Contabilidad Pública, numeral 206 literales 87 y 89 y numeral 2.7	Identificación, conciliación y depuración del 90% de los saldos de cartera con corte a 31 de Diciembre de 2008.	Porcentaje de depuración saldos = (Valor depurado de cartera mayor a 90 días / Valor total de cartera mayor a 90 días *100)	Identificar, conciliar y depurar el (90%) del total de los saldos de cartera con corte a 31 de Diciembre de 2008, en razón a que la conciliación de saldos requiere previa identificación de los hechos financieros del Hospital y esta implica, la búsqueda manual de soportes que no se encuentran en el aplicativo del sistema de información (Hipócrates), por la pérdida de información acaecida en	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-proceso de cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-Gerente Administrativa y Financiera, CARLOS ALBERTO ORTIZ ZAPATA - Profesional Universitario - Cartera, SIGIFREDO BERNAL - Apoyo Técnico SANTIAGO CONTRERAS - Apoyo Técnico, ARLEY JARAMILLO OSSA - Técnico de Cartera	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	0,7	72	Se ha depurado a marzo de 2010 un valor (\$4.043.250.550.00), que para el periodo evaluado corresponde a un cumplimiento del ( 72 %). Se espera identificar, conciliar y depurar el saldo pendiente, en el menor tiempo posible durante el año 2010 y cumplir con la meta planteada de depuración (90%) del total de saldos de cartera con corte a diciembre de 2008.	Aun se realizan labores de conciliación de cartera mayor a 360 días afectando la confiabilidad de los saldos de cartera y su provision	1-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		literal 103			Julio de 2008. En el mismo sentido y ante la dependencia de la voluntad de terceros para efectuar las conciliaciones, la ESE se ve avocada a excederse en el cumplimiento de la vigencia fiscal.										
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.4	La entidad presentó en la cuenta Provisión para deudores un saldo de \$5.315.7 millones. Dicho saldo se calculó empleando el método de provisión general. Si bien es cierto, la metodología empleada esta acorde con lo señalado en el Régimen de contabilidad pública, el resultado obtenido no es confiable debido a que se origina a partir del	Provisión de los saldos de cartera identificados, conciliados, depurados y registrados	Provisión de los saldos de cartera.	Provisionar la cartera acorde a los saldos identificados, conciliados, depurados y registrados, en razón a que la conciliación de saldos requiere previa identificación de los hechos financieros	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-proceso de cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-Gerente Administrativa y Financiera, CARLOS ALBERTO ORTIZ ZAPATA - Profesional Universitario - Cartera, SIGIFREDO BERNAL - Apoyo Técnico SANTIAGO CONTRERAS - Apoyo Técnico, ARLEY JARAMILLO OSSA - Técnico de	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	1	100	Ante la gestión eficiente de identificación de saldos de pagadores, el cumplimiento de las citas para adelantar las conciliaciones y disposición de los mismos, se logró efectuar la provisión de (\$446.233.651.00) a marzo de 2010, del saldo de cartera mayor a 360 días a Diciembre de 2008, con diferentes pagadores al FFD.	En concordancia con los dos hallazgos anteriores aun no se cuenta con una cartera depurada lo cual afecta el calculo de el valor de la provision de Deudores	1.5-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		informe de deudores, generado manualmente por el área de cartera, información que al no encontrarse conciliada y depurada no ofrece confiabilidad, originando incertidumbre en el saldo presentado en esta cuenta incumpliendo lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, numeral 2.7, literales 103 y 154.			del Hospital y esta implica, la búsqueda manual de soportes que no se encuentran en el aplicativo del sistema de información (Hipócrates), por la pérdida de información acaecida en Julio de 2008. En el mismo sentido y ante la dependencia de la voluntad de terceros para efectuar las conciliaciones, la ESE se ve avocada a excederse en el cumplimiento de la vigencia fiscal.		Cartera								

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.5	Con relación a las normas relacionadas con la optimización del flujo financiero de los recursos del sector salud y las relaciones prestadores-entidades responsables del pago, se observa que se presentaron cuentas por valor de \$139.7 millones que a pesar de encontrarse causadas como ingresos dentro del respectivo mes, no fueron radicadas ante la entidad pagadora durante la vigencia 2008 por varias razones entre ellas la falta de RIPS; contraviniendo lo establecido en el Decreto 3260 de 2004, artículo 9. Incidiendo en el no cobro oportuno de la cartera de la entidad.	1. Radicación de las cuentas generadas con corte a 31 de Diciembre de 2008, durante la vigencia 2009 2. Diseño Y elaboración de procedimiento de construcción y generación de RIPS	1. Porcentaje de radicación de cuentas causadas a 31 de Diciembre de 2008 = No. De Cuentas radicadas / No. Total de Cuentas a radicar * 100 2. Procedimiento de construcción y generación de RIPS elaborado.	1. Radicación del 100% de las cuentas generadas con corte a 31 de Diciembre de 2008, durante la vigencia 2009. 2. Elaboración de Procedimiento de construcción y generación de RIPS	Proceso de Planeación: Sub-Proceso de Recursos Tecnológicos, Sub-Proceso de Estadística, Sub-gerencia de Servicios de Salud, Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-proceso de Facturación	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, GUSTAVO CAMACHO R. Profesional de Apoyo recursos Tecnológicos, PATRICIA RIOS T. Profesional Universitario Estadística LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera, CARLOS ALBERTO ORTIZ ZAPATA - Profesional Universitario - Cartera, PATRICIA RAMIREZ - Apoyo Técnico de Facturación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	1. Las cuentas fueron radicadas al 100% antes del 31 de diciembre de 2009, según soportes de cuentas de cobro Nos. 7390, 7388, 7389, 7391, 7387, 7313, 7314, 7161, 7053 y 7125. 2. El procedimiento de generación de RIPS, fue construido y aprobado (Resolución de Gerencia 298-09) durante el periodo evaluado y se implementó durante primer semestre del año 2010, durante el cual se está efectuando seguimiento a través del grupo funcional de información.	Se cumplió con las acciones correctivas	2-C
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.6	La cuenta Recursos entregados en administración muestra a 31 de diciembre de 2008 un saldo de \$4.930.4 millones, que corresponde a	Registrar las partidas conciliatorias y realizar la conciliación mensual.	Conciliaciones Mensuales	Doce (12) Conciliaciones al año	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera: Sub-proceso de	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-Gerente Administrativa y Financiera, OMAR RIOS TRIANA - Profesional Universitario -	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se efectuaron las (12) doce conciliaciones correspondientes a los meses de Enero a Diciembre de 2008, durante el periodo evaluado, soportadas en los extractos	Se cumplió con las acciones correctivas	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		depósitos realizados en el Fondo de Cesantías Protección S.A. Al comparar esta información con el extracto de la cuenta global Fondo de Cesantías Protección S.A. por valor de \$4.161.2 millones, se presenta una diferencia de \$769.2 millones. Dicha diferencia obedece a que la entidad no registró partidas correspondientes a: Doceavas participaciones, retiro de cesantías, aumentos y disminuciones de rendimientos. Situación que conlleva a que esta cuenta no sea razonable por no incluir la totalidad de los hechos financieros que afectaron a la entidad, incumpliendo lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, numeral 2.7, literal 110.				Contabilidad	Contabilidad						mensuales del Fondo de Cesantías Protección S.A. Además, durante el primer semestre del año se propuso al estandarización del formato de conciliaciones de este tipo, actualmente se encuentra en Calidad para su aprobación.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.7	El Hospital del Sur utiliza para el desarrollo de sus actividades 21 puntos de atención, de los cuales aparecen legalizados y registrados como de propiedad de la entidad tres (3) terrenos: UPA Carvajal, UPA Cundinamarca y el CAMI Trinidad Galán con sus respectivas edificaciones por valor de \$647.2 millones y \$1.092.6 millones respectivamente. Se encuentran legalizados mediante convenios con el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público trece (13) inmuebles: Asdingo (Convenio No 68), Visión de Colombia (Convenio No 89), Upa 91 Class (Convenio No 89), Upa Bomberos (Convenio No 90), UBA Dindalito (Convenio No 108), UBA La Mexicana (Convenio No 113),	Dar continuidad al procedimiento de legalización de predios de la Entidad.	Porcentaje de Cumplimiento = No. De Solicitudes presentadas / Totalidad de Solicitudes requeridas * 100	Gestionar el 100% de las solicitudes requeridas para la legalización de los predios del Hospital, teniendo en cuenta que obedecen a decisiones de voluntad de terceros.	Gestión Jurídica	ALFONSO ANGARITA AVILA Asesor Jurídico, MARLLY LUCEY ACOSTA G. Apoyo profesional de Jurídica	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	1	100	Durante el primer semestre de 2010, se dio continuidad a la gestión para finiquitar el proceso de legalización de los predios, destacando reunión con Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público y demás acciones de las cuales queda pendiente para la UPA Carvajal, la destinación lo mismo que el predio del CAMI Patio Bonito y de la UPA Puente Aranda, la firma de escrituras. Así mismo, el compromiso del DADEP, para informar ante Secretaria de Hacienda y Crédito Público del Distrito sobre la gestión y resultados de la misma, a los cuales está sujeta la ESE junto con los tiempos que demandan estas gestiones en las diferentes Entidades que intervienen en el proceso.	Se cumplió con las acciones correctivas	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		UPA Britalia (Convenio No 112), UPA Santa Rita (Convenio No 103), UPA 10 Geriátrico (Convenio No 207), UPA 92 Patos (Convenio No 109), UPA Asunción Bochica (Convenio No 104), UPA Argelia (Convenio No 114) y UPA Santa Catalina. Los restantes cinco (5) predios presentan la siguiente situación: Predios Fiscales: UPAs Puente Aranda y 29 K													

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.3.7	A pesar que la entidad ha realizado gestiones encaminadas a obtener la titularidad de los predios y proceder a realizar su registro contable, esto aún no se ha realizado en su totalidad. Situación que genera subvaloración de las cuentas de Patrimonio y Propiedad planta y equipo debido a que no se incluye la totalidad de los hechos financieros de la entidad, debidamente reconocidos y medidos en términos cuantitativos y/o cualitativos, contraviniendo lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública, numeral 2.6, literal 88 y numeral 2.7, literal 110.	Dar continuidad al procedimiento de legalización de predios de la Entidad.	Porcentaje de Cumplimiento = No. De Solicitudes presentadas / Totalidad de Solicitudes requeridas * 100	Gestionar el 100% de las solicitudes requeridas para la legalización de los predios del Hospital, teniendo en cuenta que obedecen a decisiones de voluntad de terceros.	Gestión Jurídica	ALFONSO ANGARITA AVILA Asesor Jurídico, MARLLY LUCEY ACOSTA G. Apoyo profesional de Jurídica	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	1	100	Durante el primer semestre de 2010, se dio continuidad a la gestión para finiquitar el proceso de legalización de los predios, destacando reunión con Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público y demás acciones de las cuales queda pendiente para la UPA Carvajal, la destinación lo mismo que el predio del CAMI Patio Bonito y de la UPA Puente Aranda, la firma de escrituras. Así mismo, el compromiso del DADEP, para informar ante Secretaria de Hacienda y Crédito Público del Distrito sobre la gestión y resultados de la misma, a los cuales está sujeta la ESE junto con los tiempos que demandan estas gestiones en las diferentes Entidades que intervienen en el proceso.	Se verifico cumplimiento de accion correctiva	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	En algunos de los contratos de la muestra se incumplieron los numerales 3) y 4) del Artículo 20 del Acuerdo 154 de 2007 ? Manual de Contratación, los cuales establecen que para la ejecución de los contratos se requiere la constitución de las pólizas, exigidas en el contrato o la orden, se aprueben las mismas y se cancelen los derechos de publicación del contrato. Sumado a lo anterior se encuentran los clausulados que expresan QUE para su legalización se requiere de la aprobación de las garantías. Estas falencias se presentaron en los siguientes contratos:	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado o al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 15/08 se suscribe el 14 de marzo de 2008, empezando su ejecución el 17 de marzo de 2008, se inició sin el pago de los impuestos de timbre y publicación que se hicieron el 18 de marzo de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en la invitación o	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el período auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se está implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 162/083 se suscribe e inicia el 3 de abril de 2008, se empezó sin la aprobación de la garantía que se hizo el 7 de abril de 2008, el pago de los impuestos de timbre y publicación que se hicieron el 15 de abril de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado o al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 211/08 se suscribe e inicia el 30 de abril de 2008, se empezó, sin la aprobación de la garantía que se hizo el 2 de mayo de 2008 y el pago de los impuestos de timbre y publicación que se hicieron el 5 de mayo de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el período auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										embargo y ante el análisis acusatorio de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 358/08 se suscribe e inicia el 16 de septiembre de 2008 y el 1 de octubre de 2008, se expide y aprueba la póliza.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 364/08 se suscribe e inicia el 17 de septiembre de 2008, se ejecuta sin el pago de los impuestos de timbre y publicación que se hicieron el 25 y 26 de septiembre de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el período auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el período evaluado y aquí reportado; sin	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										embargo y ante el análisis acusatorio de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 368/08 se suscribe e inicia el 18 de septiembre de 2008, el 22 de septiembre de 2008, empezó sin el pago de impuesto de publicación y timbre que se hicieron el 23 de septiembre de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado o al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.1.	El 132/08 se suscribió e inicia el 22 de febrero de 2008, el 25 de febrero de 2008, se empieza el 27 de febrero de 2008 se pago el impuestos de publicación y el de timbre el 28 de marzo de 2008.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el período auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación al Supervisor en caso de incumplimiento .										embargo y ante el análisis acusatorio de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.2.	Se incumple el artículo 22 del Acuerdo 154 de 2007 ? Manual de Contratación que establece que el control y vigilancia del desarrollo y cumplimiento, estará a cargo del supervisor, quien será el responsable de hacer cumplir el objeto, las obligaciones, las condiciones técnicas, económicas y administrativas. Adicionalmente se incumple lo ordenado en la Resolución No. 169 del 26 de mayo de 2005. Las anteriores infracciones se presentan en los informes de los supervisores, que solo reflejan avance en términos porcentuales y no expresan gestión que evidencien el desempeño a satisfacción de los servicios y/o bienes contratados, conducta que crea incertidumbre	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato (con los instrumentos pertinentes, como los informes de seguimiento y finales de supervisores cuyo contenido incluirá los avances de tipo cualitativo además de los cuantitativos.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén. Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos. Igualmente, se efectuó una auditoría a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité insitucional de Contratación.	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento SUPERVISIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS POR PARTE FUNCIONARIOS .DELEGADOS, el código GJUPR105, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva. De otra se observo en uno de los contratos de Prestación de Servicios y de Compra Venta.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		respecto del cumplimiento del objeto contractual, este comportamiento se evidencio en los contratos siguientes 753/07, 150/08, 162/08, 132/08, 211/08, 358/08, 364/08, 368/08.													
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.3.	En los contratos Nos: 1187/07, 132/08, 162/08, 358/08, 377/08, las pólizas que ampara los diferentes riesgos no cubrieron el tiempo establecido en las cláusulas de los mismos.	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, SUBGERENCIA ADM- LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo. RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad RESPONSABILIDAD FUNCIONAL	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURÍDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se está implementando la acción correctiva, de otra parte se observa que se está imponiendo sello descriptivo de APROBACIÓN DE GARANTIAS .	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de documentación de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación encaso de incumplimiento )										procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.4.	En los contratos seleccionados no hay reportes de requerimientos por parte de quienes ejercen supervisión a los contratistas para que suscriban en tiempo oportuno las pólizas que cubran los diferentes amparos contractuales, ni el pago en tiempo pactado de los impuestos de publicación y timbre, transgrediendo el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, situación que podría generar un eventual perjuicio para el hospital en el evento de presentarse siniestros en las obligaciones contraídas por el contratista.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato (con los instrumentos pertinentes, como los informes de seguimiento y finales de supervisores cuyo contenido incluirá los avances de tipo cualitativo además de los cuantitativos.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos. Igualmente, se efectuó una auditoría a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité insitucional de Contratación.	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento SUPERVISIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS POR PARTE FUNCIONARIOS .DELEGADOS, el código GJUPR105, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se está implementando la acción correctiva. De otra se observó en uno de los contratos de Prestación de Servicios y de suministros.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.5.	En los contratos Nos: 753/07, 132/08, 150/08, 162/08, 162/08, 364/08, 377/08, 1187/07 las solicitudes de adición y/o prorrogas a los siguientes contratos no presentan justificaciones que demuestren su necesidad, incumpliendo el artículo 209 de la Constitución Política y el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato (con los instrumentos pertinentes, como los informes de seguimiento y finales de supervisores cuyo contenido incluirá los avances de tipo cualitativo además de los cuantitativos.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos. Igualmente, se efectuó una auditoría a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité insitucional de Contratación.	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento SUPERVISIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS POR PARTE FUNCIONARIOS .DELEGADOS, código GJUPR105, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se está implementando la acción correctiva. De otra la Administración a través de la Oficina Jurídica – Contratación mediante comunicación manifiesta: que vía telefónica adelanta los requerimientos a los contratistas a los contratistas cuando incurrir en mora de suscribir los amparos.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.6.	En el contrato No 377/08 se incumplió lo normado en el Manual de Procesos y procedimientos, toda vez que el certificado de disponibilidad presupuestal No. 881 correspondiente al otrosí No. 5 fue expedido el 4 de mayo de 2009; en tanto que el certificado de disponibilidad presupuestal No. 909 correspondiente al otrosí No. 4 fue expedido el 19 de mayo de 2009.	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de Certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503)	Procedimientos de Expedición de certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) y Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) revisados, ajustados, Aprobados e implementados	Dos (2) procedimientos implementados (Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503).	Proceso de Gestión Jurídica - Subprocesos de Adquisiciones y de Contratación, Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos Presupuestal, Grupo Funcional de Calidad	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, HILDA DE LA PAVA - Apoyo Técnico de Presupuesto, JULIAN SÁENZ S. Gestor de Calidad, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ- Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Los procedimientos de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) y Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) fueron aprobados mediante Resolución de la Gerencia y posteriormente, socializados e implementados dentro de los términos del periodo evaluado en este informe; Sin embargo, el procedimiento de Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal, fue ajustado y aprobado nuevamente mediante Resolución de Gerencia en el mes de junio de 2010.	Se observo que en el proceso RECURSOS FINANCIEROS, procedimiento EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL visible con código RFNPR102, de fecha de actualización 3 noviembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.6.	Por otra parte se pudo confirmar mediante acta del 6 de julio de 2009, que el otrosí No. 5 no se encuentra legalizado a la fecha y sin embargo se expidió el correspondiente registro presupuestal No. 1091 de fecha 26 de junio de 2009, contraviniendo el procedimiento adoptado mediante Resolución No. 299 del 31 de diciembre de 2007, el cual establece que el momento indicado para solicitar registro presupuestal será una vez se haya firmado por las dos partes el acuerdo de voluntades.	Revisar, ajustar, aprobar e implementar el procedimiento de Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de Registro Presupuestal (PAGFIPR503)	Procedimientos de Expedición de certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) y Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de Registro Presupuestal (PGFIPR503) revisados, ajustados, Aprobados e implementados	Dos (2) procedimientos implementados (Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) y de Expedición de certificado de Registro Presupuestal (PAGFIPR503)).	Proceso de Gestión Jurídica - Subprocesos de Adquisición y de Contratación, Subgerencia Administrativa y Financiera - Sub-Procesos Presupuestal, Grupo Funcional de Calidad	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, HILDA DE LA PAVA - Apoyo Técnico de Presupuesto, JULIAN SÁENZ S. Gestor de Calidad, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ- Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Los procedimientos de Registro Presupuestal (PAGFIPR503) y Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (PGFIPR502) fueron aprobados mediante Resolución de la Gerencia y posteriormente, socializados e implementados dentro de los términos del periodo evaluado en este informe; Sin embargo, el procedimiento de Expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal, fue ajustado y aprobado nuevamente mediante Resolución de Gerencia en el mes de junio de 2010.	Se observo que en el proceso RECURSOS FINANCIEROS, procedimiento EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL visible con código RFNPR102, de fecha de actualización 3 noviembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	El contrato No. 753/07 se suscribe el 18 de mayo de 2007, por el término de 6 meses contados a partir del acta de inicio, la cual se suscribirá entre el contratista y el supervisor una vez recibido el valor del anticipo, Así en la cláusula tercera - Forma de pago ? se establecerá que ?El hospital cancelará al contratista un pago equivalente a \$20?000.000, como pago anticipado, suma que se cancelará una vez legalizado el contrato previa aprobación de la póliza de buen manejo de anticipo?. De otro lado en la cláusula cuarta del contrato, se indicó que para dar inicio era necesario el recibo del valor del anticipo. Lo observado es que el contrato empieza el 18 de mayo de 2007, sin el cumplimiento de lo establecido en el contrato, pues la	Elaboración, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Legalización de Contratos e Inicio de ejecución, que contenga medidas de control previo en la etapa pre-contractual (inclusión de obligación del oferente en realizar los trámites de legalización en el tiempo establecido en la Invitación o Convocatoria o Términos de referencia), Etapa Contractual (Inclusión de obligación en minuta) y Etapa Post-contractual y de Seguimiento (Verificación de	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Procedimiento elaborado, aprobado, socializado e implementado o al 100% de legalización e Inicio de Ejecución de Contratos.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Adquisición y de Contratación, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, LUIS JAVIER CHAUTA RODRIGUEZ - Profesional de Apoyo, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	El procedimiento de Legalización de Contratos aún cuando se estaba implementando en cumplimiento del Manual de Contratación vigente para el periodo auditado (2008), no se encontraba formalizado, razón por la cual se elaboró y aprobó mediante Resolución de la Gerencia del Hospital en Diciembre de 2009, es decir, durante el periodo evaluado y aquí reportado; sin embargo y ante el análisis acusoso de las causas del incumplimiento de los términos determinados en el procedimiento aprobado (se amplió para el caso de constitución de las pólizas de 3 a 5 días), este no se implementó y se decidió entonces poner a consideración del Comité de Contratación y la	Se observo que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		aprobación de la póliza de buen manejo de anticipo, se realizó el 17 de agosto de 2007 (es decir que el contrato hasta esta fecha no fue legalizado) y el pago del anticipo solo se efectuó el 29 de agosto de 2007.	documentos de legalización a través del Supervisor delegado previa suscripción de acta de inicio y notificación en caso de incumplimiento)										Junta Directiva del Hospital los ajustes pertinentes el Manual de Contratación del Hospital en marzo de 2010, en donde a la fecha se encuentra para los ajustes y aprobación		
Auditoría integral vigencia 2008	3.5.2.7.	De otra parte se hizo el cálculo de conocer cuanto combustible (galones) requeriría el vehículo de placas CGT 403, por kilómetro, el resultado fue:	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURÍDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	Del 06-06-07 al 12-06-07, seis (6) días recorre 297 kilómetros con 9.176 galones de gasolina.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	Del 13-06-07 al 19-06-07, seis (6) días recorre 264 kilómetros con 10.1011 galones de gasolina.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	Del 20-06-07 al 24-06-07, cuatro (4) días recorre 296 kilómetros con 8.878 galones de gasolina.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	Del 25-06-07 al 27-06-07, dos (2) días recorre 177 kilómetros con 10.003 galones de gasolina.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.2.7.	Lo anterior permite observar que no existe un estándar de kilometraje por galón de gasolina, comportamiento que genera incertidumbre frente al suministro de combustible y lo recorrido por kilometraje. Toda vez que el vehículo recorre mayor numero de kilometraje con menor cantidad de combustible, como se observa en el cuadro de estadística de combustible del mes de junio de 2007, reportado por la Administración.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementación de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementación de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el formato de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, el código GJUPR104. de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.1	En las actas de liquidación de los contratos 753/2007, 1187/2007 y 211/2008 entre otros, no se observan acciones por parte de los supervisores que evidencien la terminación a satisfacción de los objetos contractuales, así como el cumplimiento de las obligaciones contraídas, situación que podría generar riesgo en manejo apropiado de los recursos públicos infringiendo el artículo 2 de la Ley 87 de 1993,	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observó que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento SUPERVISIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS POR PARTE FUNCIONARIOS .DELEGADOS, código GJUPR105, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva. De otra se observó el acta de liquidación del	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité institucional de Contratación.	contrato de la Temporal y se evidencio el cumplimiento de la acción.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.2	Por otra parte en los contratos Nos: 75/07, 150/08, las actas de liquidación se suscribieron después de las fechas para el vencimiento del plazo de la misma.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Físicos - Sub-Proceso de Almacén, Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, JULIAN SAENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos.	Se observo que en el proceso de GESTIÓN JURIDICA visible en el procedimiento SUPERVISIÓN DE CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS POR PARTE FUNCIONARIOS .DELEGADOS, código GJUPR105, de fecha de actualización 24 diciembre de 2009 y aprobado mediante Resolución No. 298 de 2009, se esta implementando la acción correctiva. De otra se observo el acta de liquidación del	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité insitucional de Contratación.	contrato de la Temporal y se evidencio el cumplimiento de la acción.	
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.3	El contrato 1187/07, se liquidó el 30 de junio de 2009, lo observado en el documento es el incumplimiento de la obligación contraída por el contratista establecida en el numeral 66 de la cláusula cuarta que establece ?cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la naturaleza del contrato resultante de la convocatoria?, y 70 que expresa: ?cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la naturaleza del contrato resultante de la invitación No 025 del 12 de julio de	Diseño y elaboración de herramienta de control para el procedimiento de recibo de obra por parte de la Entidad que permita confrontar las acciones administrativas vs. Obligaciones contractuales en lo referente a pertinencia, oportunidad, suficiencia y calidad, en el evento en que la interventoría sea contratada por un tercero.	Herramienta diseñada y elaborada de control de recibo de obra, en caso de interventorías contratadas por terceros.	Diseñar y elaborar herramienta de control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros.	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, Apoyo Profesional de recursos Físicos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se diseñó una herramienta con lineamientos técnicos (lista de chequeo) para el control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros, dentro de los términos del periodo establecido para tal fin.	Se observó que mediante formato de ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DE OBRA, la Administración constituye un instrumento de control de las obligaciones en el proceso de entrega de la misma, con miras a prevenir posibles riesgos.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		2007?													
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.3	Por otra parte el numeral 1.12 de la invitación pública No 25-2007, establece las obligaciones del contratista entre ellas: ?El contratista asumirá el pago de los servicios públicos que sean prestados en el predio en donde se ejecuta la obra?, así mismo se incumplen los Manuales de Contratación y Supervisión del Hospital del Sur.	Diseño y elaboración de herramienta de control para el procedimiento de recibo de obra por parte de la Entidad que permita confrontar las acciones administrativas vs. Obligaciones contractuales en lo referente a pertinencia, oportunidad, suficiencia y calidad, en el evento en que la interventoría sea contratada por un tercero.	Herramienta diseñada y elaborada de control de recibo de obra , en caso de interventorías contratadas por terceros.	Diseñar y elaborar herramienta de control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros.	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera , Gestión Jurídica	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, Apoyo Profesional de recursos Físicos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se diseñó una herramienta con lineamientos técnicos (lista de chequeo) para el control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros, dentro de los términos del período evaluado y reportado en este informe.	Se observó que mediante formato de ACTA DE ENTREGA Y RECIBIO FINAL DE OBRA, la Administración constituye un instrumento de control de las obligaciones en el proceso de entrega de la misma, con miras a prevenir posibles riesgos.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.3	Lo anterior, denota desconocimiento de la Administración, en la aplicación de sus propios preceptos legales y contractuales, que tiene como objeto el establecer las reglas y principios generales que regulan el acuerdo de voluntades, cuyo objeto esencial es el cumplimiento de los derechos y deberes de las partes, de tal manera que se cumpla con los mismos, teniendo en cuenta que no están excepto al cumplimiento de los principios de la contratación que tienen como función garantizar la correcta y oportuna ejecución de los contratos, de tal manera la obligatoriedad en la responsabilidad del cabal cumplimiento del objeto contractual	Diseño y elaboración de herramienta de control para el procedimiento de recibo de obra por parte de la Entidad que permita confrontar las acciones administrativas vs. Obligaciones contractuales en lo referente a pertinencia, oportunidad, suficiencia y calidad, en el evento en que la interventoría sea contratada por un tercero.	Herramienta diseñada y elaborada de control de recibo de obra, en caso de interventorías contratadas por terceros.	Diseñar y elaborar herramienta de control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros.	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, Apoyo Profesional de recursos Físicos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se diseñó una herramienta con lineamientos técnicos (lista de chequeo) para el control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros, dentro de los términos del período evaluado y reportado en este informe.	Se observó que mediante formato de ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DE OBRA, la Administración constituye un instrumento de control de las obligaciones en el proceso de entrega de la misma, con miras a prevenir posibles riesgos.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.3	De otra parte, el Hospital suscribió acta de liquidación el 30 de junio de 2008, documento que refleja un valor pendiente por cancelar al contratista de \$254.773.724, suma que fue pagada con la orden No. 9552 de fecha 28 de julio de 2009, donde se realizaron los respectivos descuentos, arrojando un saldo neto de \$246.179.773 valor que retiró el contratista el 6 de julio de 2009.	Diseño y elaboración de herramienta de control para el procedimiento de recibo de obra por parte de la Entidad que permita confrontar las acciones administrativas vs. Obligaciones contractuales en lo referente a pertinencia, oportunidad, suficiencia y calidad, en el evento en que la interventoría sea contratada por un tercero.	Herramienta diseñada y elaborada de control de recibo de obra, en caso de interventorías contratadas por terceros.	Diseñar y elaborar herramienta de control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros.	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica.	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, Apoyo Profesional de recursos Físicos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se diseñó una herramienta con lineamientos técnicos (lista de chequeo) para el control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros, dentro de los términos del periodo evaluado y reportado en este informe.	Se observó que mediante formato de ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DE OBRA, la Administración constituye un instrumento de control de las obligaciones en el proceso de entrega de la misma, con miras a prevenir posibles riesgos.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.5.3.3	De lo anteriormente expuesto se colige, que se presenta un posible presunto daño al Patrimonio Distrital, en cuantía de \$507971.310,98 generado en el pago de los servicios de: Energía, acueducto, aseo capital, aseo ecocapital, y teléfono, obligación que sin ser del hospital este la asumió.	Diseño y elaboración de herramienta de control para el procedimiento de recibo de obra por parte de la Entidad que permita confrontar las acciones administrativas vs. Obligaciones contractuales en lo referente a pertinencia, oportunidad, suficiencia y calidad, en el evento en que la interventoría sea contratada por un tercero.	Herramienta diseñada y elaborada de control de recibo de obra, en caso de interventorías contratadas por terceros.	Diseñar y elaborar herramienta de control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros.	Sub-Gerencia Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica	LUZ ANGELA CUBILLOS O. - Sub-gerente Administrativa y Financiera, ALFONSO ANGARITA AVILA - Asesor Jurídico, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, Apoyo Profesional de recursos Físicos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se diseñó una herramienta con lineamientos técnicos (lista de chequeo) para el control de recibo de obra, en caso de interventoría contratada por terceros, dentro de los términos del período evaluado y reportado en este informe.	Se observó que mediante formato de ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DE OBRA, la Administración constituye un instrumento de control de las obligaciones en el proceso de entrega de la misma, con miras a prevenir posibles riesgos.	2 - C
Auditoria integral vigencia 2008	3.6.1.3	El área de planeación presenta incongruencia en el registro y articulación de las estrategias y metas puesto que no existe claridad en el planteamiento de las mismas en el plan de desarrollo institucional, el cual no es articulado con el plan de acción ni con el plan de	Fortalecimiento del proceso de seguimiento del Plan de acción desde el Proceso estratégico de Planeación y control mediante la suscripción de actas de este seguimiento	Porcentaje de Seguimiento al Plan de Acción = Nº de procesos con seguimiento al plan de acción y evidencia del mismo / Total de	Seguimiento al 100% del Plan de Acción de los Procesos del Hospital	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Sub-gerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se fortaleció el proceso de seguimiento del Plan de Acción, en razón de la aprobación del Plan de Desarrollo Estratégico 2009 - 2012 en Marzo de 2009 que incluye los Planes de Acción anuales y la implementación de la "Metodología de Construcción,	La administración implementó la metodología de seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y plan de acción del Hospital del Sur 2009-2012. Se evidenciaron las actas de seguimiento para la vigencia 2010.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		desarrollo local y registra incoherencia en la descripción de las estrategias y metas del área misional. También presenta falencias frente al conocimiento y veracidad del diagnóstico del área de influencia, toda vez que estas son planteadas sin el debido análisis de viabilidad que permita su real cumplimiento en términos de eficiencia eficacia y efectividad.	conjunto con los diferentes procesos del Hospital y los líderes de cada uno de ellos.	Procesos del Hospital a seguir*100			Profesional de Planeación						Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital del Sur E.S.E.", dentro de los términos del periodo evaluado; sin embargo, en razón del periodo vacacional, los días compensatorios (Diciembre 2009 ) y la alta de rotación del personal contratado que labora en la E.S.E., la socialización de la metodología, el seguimiento y evaluación anual, se extendió hasta el mes de Enero de 2010, se le dió continuidad de acuerdo con la metodología implementada, en forma trimestral durante el primer semestre de año 2010.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.6.1.3	La carencia de un sistema de seguimiento al plan de acción y control de las metas impiden conocer el avance físico de las mismas y su impacto social así	Integración del Plan de desarrollo Estratégico con el plan de Acción y demás herramientas	Plan de Acción articulado al Plan de Desarrollo Estratégico	Articulación del 100% del Plan de Acción al de Desarrollo estratégico	Proceso Estratégico de Planeación	OSCAR JAVIER MANRIQUE L. - Asesor de Planeación, OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se fortaleció el proceso de seguimiento del Plan de Acción, en razón de la aprobación del Plan de Desarrollo Estratégico 2009 - 2012 en Marzo de	La administración implementó la metodología de seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y plan de acción del Hospital del Sur	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		mismo no permite realizar una evaluación exhaustiva a la gestión de la entidad. Transgrediendo el Art. 4 literales h, i, párrafo 1 de la Ley 872 de 2003.	de la planeación que permitan la articulación de estrategias y las metas				ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud, SANDRA MILENA ZULUAGA - Apoyo Profesional de Planeación						2009 que incluye los Planes de Acción anuales y la implementación de la "Metodología de Construcción, Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital del Sur E.S.E.", dentro de los términos del período evaluado; sin embargo, en razón del período vacacional, los días compensatorios (Diciembre 2009 ) y la alta de rotación del personal contratado que labora en la E.S.E., la socialización de la metodología, el seguimiento y evaluación anual, se extendió hasta el mes de Enero de 2010, se le dio continuidad de acuerdo con la metodología implementada, en forma trimestral durante el primer semestre de año 2010.	2009-2012. Se evidenciaron las actas de seguimiento para la vigencia 2010.	

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2008	3.10.1	La información reportada a través de Sivicoef en el formato CB-0117 Información de cartera por deudor y edades, mostró un saldo total de cartera de \$6.212.3 millones, que comparado con el saldo presentado en el Balance General por el mismo concepto por valor de \$10.303.9, presenta una diferencia de \$4.092.6 millones. El informe de cartera no mostró la totalidad de las deudas de difícil cobro que ascendieron a \$1.605.1 millones y presentó diferencias en diferentes subcuentas.	Diseño, elaboración, aprobación, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de procedimiento de generación de información conjunto entre líderes de Procesos y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, previa suscripción de compromiso de la Alta Dirección.	Procedimiento diseñado, elaborado, aprobado, implementado, socializado y evaluado de generación y transmisión de información a entes externos.	Diseño, elaboración, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de Procedimiento de Generación y transmisión de Información a entes externos.	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, líderes de Procesos	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud CLARA S. BELTRÁN P. Jefe de Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, ROSA NOHEMI MORA D. Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional de Facturación y Cartera, OMAR RIOS T. Profesional de Contabilidad.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	0,7	70	El procedimiento general de transmisión de información a entes externos ha sido diseñado, elaborado y aprobado dentro del tiempo esperado; sin embargo, ante los cambios sucedidos por la puesta en marcha del módulo en el sistema de información, se dió inicio a su implementación total a partir del mes de enero de 2010. Por esto mismo, no se ha efectuado la evaluación al momento de este reporte, actividades que se encuentran incluidas dentro del plan de acción de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y por ende, plan de acción institucional año 2010. En el mismo sentido, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha participado activa, sistemática y permanentemente en el proceso de ajustes y seguimiento al	Se evidenció la Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 mediante la cual se adopta el procedimiento "Generación de información institucional y transmisión de información a entes externos" dando cumplimiento a la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													procedimiento dentro del grupo funcional de información.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.10.1	La información mostrada en el formato CB-0118 Informe sobre cuentas por pagar por edades, se presentó mal clasificada debido a que se tomó como fecha inicial para realizar los cálculos de las edades, la información inicial con la cual se comenzó a reconstruir la información 30 de junio de 2008 y no la de las respectivas cuentas por pagar.	Diseño, elaboración, aprobación, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de procedimiento de generación de información conjunto entre líderes de Procesos y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, previa suscripción de compromiso de la Alta Dirección.	Procedimiento diseñado, elaborado, aprobado, implementado, socializado y evaluado de generación y transmisión de información a entes externos.	Diseño, elaboración, Implementación, socialización, seguimiento y evaluación de Procedimiento de Generación y transmisión de Información a entes externos.	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, líderes de Procesos	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud CLARA S. BELTRÁN P. Jefe de Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, ROSA NOHEMI MORA D. Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional de Facturación y Cartera, OMAR RIOS T. Profesional de Contabilidad.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	0,7	70	El procedimiento general de transmisión de información a entes externos ha sido diseñado, elaborado y aprobado dentro del tiempo esperado; sin embargo, ante los cambios sucedidos por la puesta en marcha del módulo en el sistema de información, se dió inicio a su implementación total a partir del mes de enero de 2010. Por esto mismo, no se ha efectuado la evaluación al momento de este reporte, actividades que se encuentran incluidas dentro del plan de acción de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y por ende, plan de acción institucional año 2010. En el mismo sentido, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha participado activa,	Se evidenció la Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 mediante la cual se adopta el procedimiento "Generación de información institucional y transmisión de información a entes externos" dando cumplimiento a la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													sistemática y permanentemente en el proceso de ajustes y seguimiento al procedimiento dentro del grupo funcional de información.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.10.1	En el formato CB-0402 Plan de mejoramiento, la información plasmada en las columnas grado de avance físico y en el análisis y seguimiento realizado por la entidad, no coincidió en un alto porcentaje con lo efectivamente llevado a cabo por el Hospital. Tal situación se presentó debido a la falta de comunicación entre las áreas generadoras de la información y en la carencia de conciliación y depuración de dicha información.	Diseño, elaboración, aprobación, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de procedimiento de generación de información conjunto entre líderes de Procesos y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, previa suscripción de compromiso de la Alta Dirección.	Procedimiento diseñado, elaborado, aprobado, implementado, socializado y evaluado de generación y transmisión de información a entes externos.	Diseño, elaboración, Implementación, socialización, seguimiento y evaluación de Procedimiento de Generación y transmisión de Información a entes externos.	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, líderes de Procesos	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud CLARA S. BELTRÁN P. Jefe de Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, ROSA NOHEMI MORA D. Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional de Facturación y Cartera, OMAR RIOS T. Profesional de Contabilidad.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	0,7	70	El procedimiento general de transmisión de información a entes externos ha sido diseñado, elaborado y aprobado dentro del tiempo esperado; sin embargo, ante los cambios sucedidos por la puesta en marcha del módulo en el sistema de información, se dió inicio a su implementación total a partir del mes de enero de 2010. Por esto mismo, no se ha efectuado la evaluación al momento de este reporte, actividades que se encuentran incluidas dentro del plan de acción de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y por ende, plan de acción institucional año 2010. En el	Se evidenció la Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 mediante la cual se adopta el procedimiento "Generación de información institucional y transmisión de información a entes externos" dando cumplimiento a la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													mismo sentido, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha participado activa, sistemática y permanentemente en el proceso de ajustes y seguimiento al procedimiento dentro del grupo funcional de información.		
Auditoria integral vigencia 2008	3.10.1	El formato CB-0404 Indicadores de Gestión difiere de la reportada en el SívicoF, toda vez que las cifras de medicina general, difieren en su cantidad frente a la suministrada por la administración en el transcurso del proceso auditor actual.	Diseño, elaboración, aprobación, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de procedimiento de generación de información conjunto entre líderes de Procesos y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, previa suscripción de compromiso de la Alta Dirección.	Procedimiento diseñado, elaborado, aprobado, implementado, socializado y evaluado de generación y transmisión de información a entes externos.	Diseño, elaboración, Implementación, socialización, seguimiento y evaluación de Procedimiento de Generación y transmisión de Información a entes externos.	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, líderes de Procesos	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud CLARA S. Jefe de Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, ROSA NOHEMI MORA D. Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional de Facturación y Cartera, OMAR RIOS T.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	0,7	70	El procedimiento general de transmisión de información a entes externos ha sido diseñado, elaborado y aprobado dentro del tiempo esperado; sin embargo, ante los cambios sucedidos por la puesta en marcha del módulo en el sistema de información, se dió inicio a su implementación total a partir del mes de enero de 2010. Por esto mismo, no se ha efectuado la evaluación al momento de este reporte, actividades que se encuentran incluidas dentro del plan de acción de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Se evidenció la Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 mediante la cual se adopta el procedimiento "Generación de información institucional y transmisión de información a entes externos" dando cumplimiento a la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
							Profesional de Contabilidad.						y por ende, plan de acción institucional año 2010. En el mismo sentido, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha participado activa, sistemática y permanentemente en el proceso de ajustes y seguimiento al procedimiento dentro del grupo funcional de información.		
Auditoria integral vigencia 2006	3.10.1	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	Diseño, elaboración, aprobación, implementación, socialización, seguimiento y evaluación de procedimiento de generación de información conjunto entre líderes de Procesos y Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, previa suscripción de compromiso de la Alta Dirección.	Procedimiento diseñado, elaborado, aprobado, implementado, socializado y evaluado de generación y transmisión de información a entes externos.	Diseño, elaboración, Implementación, socialización, seguimiento y evaluación de Procedimiento de Generación y transmisión de Información a entes externos.	Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, líderes de Procesos	OSCAR J. MANRIQUE L. Asesor de Planeación, LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, JORGE E. SOLER D. Subgerente de Servicios de Salud CLARA S. BELTRÁN P. Jefe de Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, ROSA NOHEMI MORA D. Profesional Especializado Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional de	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	0,7	70	El procedimiento general de transmisión de información a entes externos ha sido diseñado, elaborado y aprobado dentro del tiempo esperado; sin embargo, ante los cambios sucedidos por la puesta en marcha del módulo en el sistema de información, se dió inicio a su implementación total a partir del mes de enero de 2010. Por esto mismo, no se ha efectuado la evaluación al momento de este reporte, actividades que se encuentran incluidas dentro del	Se evidenció la Resolución No. 298 de diciembre 31 de 2009 mediante la cual se adopta el procedimiento "Generación de información institucional y transmisión de información a entes externos" dando cumplimiento a la acción correctiva.	2 - C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		de la información para la entidad que la produce y no satisface las demandas y necesidades de los distintos usuarios de la información.					Facturación y Cartera, OMAR RIOS T. Profesional de Contabilidad.						plan de acción de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y por ende, plan de acción institucional año 2010. En el mismo sentido, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha participado activa, sistemática y permanentemente en el proceso de ajustes y seguimiento al procedimiento dentro del grupo funcional de información.		
Auditoria integral vigencia 2006	3.7.1	Se aplica la normatividad ambiental vigente para el manejo de la Gestión ambiental Interna, NO se tiene el manejo de los impactos generados	Construcción de matriz de impacto ambiental institucional.	Porcentaje de Identificación de Impactos = No. De Puntos evaluados (Componentes: Agua, aire, suelo, biótico y social) / Número Total de Puntos del Hospital en los componentes: Agua, aire, suelo, biótico y	Identificación del 100% de los impactos ambientales generados por el Hospital	Gestión Ambiental Institucional Interna - P.I.G.A. sept-dic09	EDWIN SANCHEZ GARCIA - Referente P.I.G.A.	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	La matriz de identificación de impactos ambientales está elaborada para el (100%) de los puntos de atención; sin embargo, las medidas de mitigación y compensación de los mismos, requieren por parte de la Entidad, una mayor inversión y factibilidad económica para ser implementadas, ya que se aplicaron las medidas de ahorro de recursos hídricos y energéticos, sistemas de pre-tratamiento de	La entidad elaboró la matriz de impacto ambiental, sin embargo no ha sido aprobada por la SDA.	1.5 - A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
				social)									vertimientos, manejo eficiente de residuos sólidos (adquisición de contenedores de residuos, mejoramiento de UTACS, adquisición de carros de recolección de residuos, seguimiento y control al manejo de residuos líquidos y sólidos, actualización del Plan de Gestión de Residuos, manual de bioseguridad, manejo del componente perceptual (revisión y ajuste de avisos de la ESE) y otros procesos y procedimientos del tema, quedando pendientes otras acciones específicas sobre recurso biótico y atmosférico. En el mismo sentido, se estableció la matriz de identificación y valoración de impactos ambientales, de acuerdo a la metodología establ		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria integral vigencia 2006	3.7.2	Se cuenta con el conocimiento de las necesidades y estadísticas de sus consumos reales de agua, a pesar que existe proyectado un programa de ahorro y uso eficiente de agua no se realizo el cambio de tecnología	Cambio de tecnología en red hidráulica.	Cobertura para cambio tecnológico = Puntos de atención intervenidos /Total de Puntos de Atención *100	Implementación del Sistema de Ahorro del recurso hídrico en el 100% de los puntos de atención	Gerencia, Gestión Jurídica, Subgerencia Administrativa y Financiera, Gestion Ambiental Institucional Interna - P.I.G.A.	EDWIN SÁNCHEZ GARCIA - Referente P.I.G.A., JORGE BERNAL CONDE - Gerente, ALFONSO ANGARITA AVILA - Gestión Jurídica, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerencia Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	1	100	Se concluyó la instalación de los sistemas de ahorro hídrico (grifería push) en el 100% de los puntos de atención (22 centros y sedes), en cumplimiento del Contrato No. 348-09 suscrito con el grupo Empresarial Zuca.	Se verificó que la administración implementó los correctivos propuestos, se instaló el sistema de ahorro de agua (grifería push) en todos los puntos de atención del Hospital del Sur.	2 - C
Auditoria integral vigencia 2006	3.7.2	Se cuenta con el conocimiento de las necesidades y estadísticas de sus consumos reales de agua, a pesar que existe proyectado un programa de ahorro y uso eficiente de agua no se realizo el cambio de tecnología	Continuidad del monitoreo anual de los vertimientos generados por la institución e instalación de sistemas de pre-tratamiento en los puntos de atención que se requieran según la	Porcentaje de Monitoreo= Número de sedes monitoreadas/Número total de sedes del Hospital del Sur ESE * 100 Cobertura de	A. Monitoreo anual de los vertimientos que genera la entidad al 100% de los puntos de atención de la ESE, para dar cumplimiento a la normatividad ambiental	Gerencia, Gestión Jurídica, Subgerencia Administrativa y Financiera, Gestion Ambiental Institucional	JORGE BERNAL CONDE - Gerente, ALFONSO ANGARITA AVILA - Gestión Jurídica, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerencia Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO -	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Durante el tiempo programado, se ejecutaron las acciones de monitoreo por parte de la empresa DBO por intermedio del laboratorio Instituto de Higiene Ambiental Ltda. Acreditado por el IDEAM, mediante la resolución 009 del 14 de enero de 2008. En el mismo sentido, la	Se verificó que la administración realizó el estudio de vertimientos mediante orden de prestación de servicios No. 178 de 2009 por valor de \$18.1 millones. El resultado arrojó los puntos de atención que necesitaban establecer	1.5 - A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			normatividad ambiental vigente en este tema	Sistemas de Pretratamiento= Número de Sedes con sistemas de pre-tratamiento instalados/ Número de Sedes que necesitan sistemas de pre-tratamiento *100	vigente. B. Instalación del 100% los sistemas de pretratamientos de agua residual requeridos en el Hospital del Sur ESE 2009 - 2010	Interna - P.I.G.A.	Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos, EDWIN SÁNCHEZ GARCIA - Referente P.I.G.A.						empresa contratada efectuó las adecuaciones pertinentes a la instalación de los sistemas de pre-tratamiento de las aguas residuales. Se prevve la presentación de la justificación de efectuar el mantenimiento a los mecanismos de minimización de impacto ambiental instalados en cada UPA, en próximo Comité de Gestión Ambiental.	sistemas de pretratamiento para sólidos suspendidos, totales y mercurio. Para realizar esta actividad se contrató con la firma DBO el servicio de sistemas de pretratamiento para reducir las cargas contaminantes por vertimientos del Hospital del Sur. Para cumplir con esta normatividad se requiere el registro de vertimientos por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente el cual aún no se ha obtenido, no obstante haber enviado oportunamente a esa institución, toda la documentación requerida para el efecto.	

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria especial 2008	3.7.5	Se cuenta con el conocimiento de las necesidades y estadísticas de sus consumos reales de energía, a pesar que existe proyectado un programa de ahorro y uso eficiente de energía no se realizo el cambio de tecnología	Cambio de tecnología en red eléctrica.	Cobertura para cambio tecnológico = Puntos de atención intervenidos /Total de Puntos de Atención *100	Implementación del Sistema de Ahorro del recursos energético en el 100% de los puntos de atención	Gerencia, Gestión Jurídica, Subgerencia Administrativa y Financiera, Gestión Ambiental Institucional Interna - P.I.G.A.	EDWIN SÁNCHEZ GARCIA - Referente P.I.G.A. 2009 - 2010, JORGE BERNAL CONDE - Gerente, ALFONSO ANGARITA AVILA - Gestión Jurídica LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerencia Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Físicos - Activos Fijos	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2010	0,5	55	Se ejecutaron las obligaciones contractuales del Contratista dando cumplimiento así a la Implementación del Sistema de Ahorro del recursos energético en el 55% de los puntos de atención, ya que se efectuó en 12 de los 22 puntos en razón que el presupuesto ejecutado correspondió al de la vigencia 2009, quedándose corto para la necesidad total del Hospital. Se espera que en próximo Comité de Gestión Ambiental a efectuarse, se apruebe los recursos faltantes para dar cumplimiento al 100% de la implementación de este sistema de ahorro.	Teniendo en cuenta que el plazo para implementar la acción correctiva, aún no se ha vencido y que la entidad viene avanzando en el cambio de tecnología de la red eléctrica, la observación permanece abierta.	1.5 - A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria especial 2008	2.1.1	Se observo que las áreas que desarrollan los procesos de facturación y cartera, se implementa mecanismos de autocontrol a los procesos básicos; sin embargo, es importante que se fomente este mecanismo a todo nivel, y de esta manera una vez evaluados se proceda a la implementación a todo nivel de organización, por cuanto se observo que en que algunos de estos mecanismos aplicados no se encuentran en su totalidad formalmente establecidos dentro de los procesos y procedimientos que tiene el hospital, contraviniendo lo establecido en el literal g del artículo 2o. de la ley 87 de 93.	Las áreas de facturación y cartera en conjunto con el área de calidad realizará la revisión los ajuste correspondientes de los procesos y procedimientos del Hospital con el ánimo de mejorar los mecanismos que se vienen utilizando.	No. De procedimientos revisados / procedimientos existentes	implementar y socializar los procedimientos actualizados a las personas que interactúan dentro de dichos mecanismos .	Subgerencia administrativa y financiera - Facturación y Cartera	Carlos Ortiz Zapata - Profesional Universitario Cuentas Médicas	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	Se aprobaron los nuevos procedimientos: Administración del módulo de facturación, administración módulo de cartera, anulación de facturas, central de autorizaciones, contestación de glosa del FFDS, elaboración cuenta de cobro modalidad capitados, recepción de facturas y armado de cuentas por evento, recibo, respuesta y seguimiento glosa parcial o total, ingreso y respuesta de glosa y devoluciones, ingreso, validación y conciliación de recobros mediante Resolución de Gerencia no. 298 de diciembre de 2009, el periodo vacacional y de receso del personal en misión, impidió la socialización total de los mismos en el tiempo programado para tal fin (Diciembre de 2009),	Se cumplieron acciones correctivas	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
													razón por la cual se debió extender esta socialización e implementación al (100%) hasta el mes de enero de 2010, contando con la asistencia de todos los que conforman el proceso de facturación y cartera.		
Auditoria especial 2008	2.1.2	Es importante resaltar que dentro de las limitaciones de tipo operativo administrativo plasmada en las notas a los estados contables de la entidad a diciembre 2007, se puede identificar los riesgos presentados con la cuenta Deudores, la cual enuncia "los saldos de cartera aún no se ha conciliado con ninguna entidad, excepto el fondo financiero distrital de salud, situación que no ofrece seguridad en la cartera reflejada en los estados contables. No obstante las áreas de cartera y contabilidad cuenta con saldos	Se iniciará el proceso de solicitud citas de conciliación de las cuentas mas representativas con el fin de aclarar los saldos de las vigencias anteriores.	No. de empresas depuradas / No. de empresas por depurar.	Realizar la depuración de las empresas que reflejan saldos en cartera en un 95% del total de la cartera.	Subgerencia administrativa y financiera -Cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	0,9	98	Se ha depurado (\$1.757.277.013.00) del total de cartera mayor a 360 días a marzo de 2010 (\$1.775.680.342.00), correspondientes a (52) empresas, debido a la implementación de la estrategia de gestión con las empresas más representativas y con las cuales se contó con mayor disposición para conciliar, aún cuando no se alcanzó a cumplir en el periodo de tiempo establecido y se excedió al primer trimestre del año 2010.	Se cumplio acciones correctivas parcialmente	1.5-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		conciliados a interior de la institución.													
Auditoria especial 2008	2.1.3	Revisado el manual de procesos y procedimientos adoptado mediante resolución No. 299 de 131 de Diciembre de 2007 se observó que dentro de los procesos de facturación no existe un procedimiento que contemple las autorizaciones de servicios, acorde con lo establecido en el decreto 4747 de 2007 teniendo en cuenta que es importante al momento de la emisión de dicho documento. de otra parte dentro de los procedimientos de cartera no se relaciona el que se debe desarrollar para la glosa parcial que se genera con entidades al fondo financiero distrital de salud.	La central de autorizaciones fue creada el mes de agosto del año 2008 y por esta razón el procedimiento se está levantando para realizar su aprobación, al igual que el procedimiento para la recepción de la glosa parcial.	Socializar el procedimiento de la central de autorizaciones al personal de facturación (facturadores y técnicos), y socializar en el área de cartera y cuentas médicas el procedimiento para la glosa parcial.	Levantar e implementar el procedimiento de la solicitud de las autorizaciones y la glosa parcial.	Subgerencia administrativa y financiera Facturación - Cuentas medicas - Cartera	Carlos Ortiz Zapata - Profesional Universitario Cuentas Médicas	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	Se elaboró, socializó e implementó el nuevo procedimiento para la autorización de servicios (CENTRAL DE AUTORIZACIONES) mediante Resolución de Gerencia No. 298 de Diciembre 31 de 2009, en el tiempo programado para tal fin (Septiembre a Diciembre de 2009), contando con la participación de todos los que conforman el proceso de facturación, cartera y cuentas médicas.	Se cumplió parcialmente acción correctiva faltando procedimiento de glosa parcial	1.5-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria especial 2008	2.1.4	Es importante resaltar el impacto que genera el hecho de que en el módulo de Cartera; su implementación se está haciendo a partir de éste año, adicionalmente debio a la contingencia presentada en el sistema de información, en la actualidad no esta en producción, lo que implica que se siga utilizando herramientas manuales que no revisiten ningún tipo de seguridad ni estructuración y por ende aumenten los riesgos. Además éstas no están inmersas dentro del esquema de seguridad y contingencia que maneja el área de sistemas, en contravía de las políticas definidas por la comisión de sistemas. De otra parte el registro y control de la facturación glosada también se lleva en	Con referencia a la expuesto en este punto, se debe aclarar que el módulo de cuentas por cobrar se encuentra implementado a excepción de la opción de registro de glosas recibidas y contestadas, lo que con lleva a realizar de manera manual dichos registros, para lo cual se encuentra en proceso la implementación de este opción, y así poder realizar de manera mensual y controlada las conciliaciones entre las áreas involucradas.	Generar reportes de glosas en el sistema de información de manera periódica.	implementar el módulo de glosas en el sistema de información que actualmente cuenta el Hospital en un 100%.	Subgerencia administrativa y financiera Cuentas medicas - Cartera - Sistemas	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	A partir del mes de Abril de 2009, se está registrando la glosa en el módulo de cartera y se concilia mensualmente. Además, continuamente y en razón de las necesidades de los usuarios del módulo del sistema de información y requerimientos de información, se están efectuando permanentemente los ajustes pertinentes. La parametrización del módulo está optimizada de acuerdo con su alcance; sin embargo, este no tiene interfase razón por la cual es generada por el área de sistemas quien corre y envía la información a glosas para su validación, para conciliar posteriormente con contabilidad.	Se cumplio la meta parcialmente	1.5-A

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		una base de datos de excel, en estas condiciones no es posible lograr la eficiencia en los procesos, donde adicional al error humano que hace presencia en cualquier actuación, quienes están encargados de a ejecución de éstos, se proveen de información sobre la que no haya garantía, con el agravante de que estas herramientas no están desarrolladas po													
Auditoria especial 2008	2.1.5	En términos generales dentro de las área de facturación y cartera del hospital, cuenta con algunos mecanismos o instrumentos de evaluación y verificación de los procedimientos propios de cada una de ellas, los cuales han sido diseñados por los coordinadores, para controlar sus	Dicho proceso será revisado en conjunto con el área de Gestión Pública y Autocontrol del Hospital y las áreas involucradas dentro del proceso de contestación de glosa, esto con el propósito de mejorar los	Generar reportes de glosas recibidas por pagador	Crear un mecanismo de medición que permita controlar los términos los tiempos de glosas para que así se garantice que se excedan los términos al momento de dar respuesta.	Sub-gerencia administrativa y financiera Facturación - Cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	A partir del mes de Abril de 2009, se está registrando la glosa en el módulo de cartera y se concilia mensualmente. Además, continuamente y en razón de las necesidades de los usuarios del módulo del sistema de información y requerimientos de información, se están efectuando permanentemente los	Se cumplió con las acciones correctivas	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		actividades. Sin embargo se presenta falta de oportunidad en la respuesta a la glosa generada dado que se estableció un promedio de cuatro meses, desde la fecha en que es devuelta por el pagador y la fecha en que es radicada nuevamente por el hospital con lo cual se debe diseñar e implementar un instrumento que permita controlar y agilizar el tiempo de respuesta de la administración a las mismas.	tiempos en la contestación de ésta. De lo anterior es de resaltar que a la fecha no se posee ninguna cuenta por cobrar que se encuentre en proceso de prescripción por términos de tiempo para dicho procedimiento.										ajustes pertinentes. El sistema de información refleja la fecha de recepción de glosa y su envejecimiento o edad de glosa y fecha de respuesta, como punto de control sobre los términos del procedimiento. Mensualmente, se concilia con contabilidad.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria especial 2008	2.1.6	En el proceso de auditoria al componente de contratación, se encontraron falencias en las supervisiones de los contratos como elemento de control y seguimiento adoptado por el hospital mediante Resoluciones 169 del 26 de mayo de 2005. Es importante anotar que el Manual de supervisión e Interventoria no cumple con la esencia de un Manual, el mismo no contempla todas las funciones inherentes a la supervisión de los contratos.	Revisión, ajuste, aprobación, socialización e implementación de Procedimiento de Supervisión de Contrato con los instrumentos pertinentes como indicadores de consumo.	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos elaborados para el seguimiento .	Procedimiento revisado, ajustado, aprobado, socializado e implementado de Supervisión de Contratos e instrumentos implementados.	Proceso de Gestión Jurídica - Sub-Procesos de Contratación. Subgerencia Administrativa y Financiera - Proceso de Recursos Fisicos - Sub-Proceso de Almacén , Grupo Funcional de Calidad	ALFONSO ANGARITA AVILA- Asesor Jurídico, RAMÓN SEGURA MOLINA - Profesional Universitario - Contratación, LUZ ANGELA CUBILLOS OLARTE - Subgerente Administrativa y Financiera, DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO - Profesional Especializado Recursos Fisicos - Activos Fijos, JULIAN SÁENZ SANTAMARIA - Gestor de Calidad	1 Recursos propios	15/09/2009	31/12/2009	1	100	Se revisó, ajustó y aprobó mediante Resolución No. 298 - 09 de Gerencia, el nuevo procedimiento de Supervisión de Contratos, se socializó en reuniones con supervisores y Comité Ampliado de Contratación. se implementó con solicitud (Circular) y elaboración de informes periódicos de supervisión y registro en base de datos que permite establecer estado de ejecución de cada uno de los contratos, así como archivo físico en la carpeta de los mismos y los formatos respectivos. Igualmente, se efectuó una auditoria a los informes de gestión emitidos por los supervisores de contratos o convenios en el mes de junio de 2010, cuyas recomendaciones se presentaron al Comité insitucional de Contratación.	Se ajusto la Resolución No. 169 del 26 de mayo de 2005, (Manual de Supervisión) a través de Resolución 097 del 14 mayo de 2009, por la cual se modifica la norma citada y se adopta el Manual de Supervisión de Convenios o Contratos del Hospital.	2- C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria especial 2008	2.2.1	Revisando el informe de depuración de cartera se observó que dentro de las partidas conciliatorias se relaciona el concepto de "facturación pendiente por radicar" así: COLMEDICA \$601.637, SALUDCOOP EPS \$1.406.509, CAFESALUD EPS 11.933.824, COMPENSAR \$387.65, COOMEVA \$941.888, SALUD CONDOR EPS \$12.204.748 SALUD TOTAL ARS-EPS \$1350.534 lo anterior evidencia un riesgo potencial de la pérdida de recursos por la no presentación oportuna de las facturas a los correspondiente pagadores, en contravía de lo dispuesto en el decreto 1281 de 2002 que establece en el artículo 7 sobre trámites de cuentas presentadas por los prestadores de	Con respecto a la facturación no radicada, de lo cual se enuncian algunas entidades, se manifiesta que a la fecha se encuentran radicadas toda la facturación con corte a Junio de 2008, como se demuestra en la certificación firmada por la Subgerencia Administrativa y Financiera y entregada al grupo auditor. Para identificar los valores pendientes por radicar se tomaron como soportes los radicados físicos, las glosas recibidas por la entidad donde se evidencian el reconocimiento de la factura	valores pendientes por radicar / valores radicados	presentar nuevamente los soportes que evidencian que la entidad pagadora tiene ya recibida la cuenta de cobro según los valores reflejados	Subgerencia administrativa y financiera Facturación - Cartera	Carlos Ortiz Zapata - Profesional Universitario Cuentas Médicas	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	En el proceso de Facturación reposa carpeta que contiene organizados todos los soportes de las cuentas de cobro radicadas pertinentemente en las diferentes entidades.	Se cumplió la meta	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		servicios de salud, un plazo máximo de 6 meses a la fecha de la prestación de servicios de salud al respectivo pagador, así mismo incumple lo normado en los literales a y e del artículo 2 de la ley 87 de 1993.	y los pagos recibidos, los cuales se anexan a la presente.												
Auditoria especial 2008	2.3.1	Los valores relacionados en le "reporte de glosa recibida" en algunos meses no concuerdan con los soportes físicos y consecuentemente con los valores reportados, dado que no hay claridad en las fechas de recibido en el área encargada de su tramite. De otra parte el reporte presentado en el SIVICOF correspondiente al primer semestre de 2008, al ser comparado con la relación de notas crédito generadas por glosas definitiva del mismo periodo, arroja un diferencia de	El proceso y procedimiento de contestación de glosa será revisado por las áreas que estén involucradas. De igual manera el procedimiento se realiza de la siguiente manera: Al momento de recibir la objeciones en el hospital se recibe inicialmente en el área de cartera con el propósito de que las objeciones	Presentar informe de diferencia	Aclarar la diferencia correspondiente a los \$4.5 millones que refleja a comparación de los soportes del reporte de sivicof y el informe que genero el reporte para este periodo.	Sub-gerencia administrativa y financiera Facturación - Cartera	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Sub-gerente Administrativa y Financiera	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	1	100	Se presentó informe sobre el hallazgo de la diferencia de glosas aceptadas, elaborado por el profesional de Facturación y Cuentas médicas a la Sub-gerencia Administrativa, en el cual se explican con los soportes respectivos la diferencia encontrada, en Abril de 2009.	Se cumplio con la meta	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		\$375.155 pesos, así mismo el valor de glosas aceptada establecido por el equipo auditor correspondiente a mismo periodo, de acuerdo a la información suministrada por el hospital ascendió a la suma de \$8.9 millones que no coincide con el reportado en SIVICOF por valor de \$4.4 millones arrojando un diferencia de \$4.5 millones	queden registradas en el sistema de información que tiene cartera, y posteriormente las objeciones son entregadas por cartera al área de cuentas medicas y estas son registradas en la base de datos del área de cuentas medicas de acuerdo a la fecha de recibido. Esto con el propósito de realizar el control de las objeciones, los tiempos y las respuestas ver soportes anexos. De otra parte el informe presentado en le SIVICOF correspondiente al primer semestre de												

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			2008, al ser comparado con la relación de notas crédito generadas por glosas definitivas de mismo periodo, arroja un diferencia de \$375.155, Este valor corresponde a glosa aceptada de la vigencia actual que no fue posible registrarla en el mes de Junio, I												
Auditoria especial 2008	2.3.1	Los valores relacionados en le "reporte de glosa recibida" en algunos meses no concuerdan con los soportes físicos y consecuentente con los valores reportados, dado que no hay claridad en las fechas de recibido en el área encargada de su tramite. De otra parte el reporte presentado en el SIVICOF	El proceso y procedimiento de contestación de glosa será revisado por las áreas que estén involucradas. De igual manera el procedimiento se realiza de la siguiente manera: Al momento de recibir la	Presentar informe de diferencia	Aclarar la diferencia correspondiente a los \$4.5 millones que refleja a comparación de los soportes del reporte de sivicof y el informe que genero el reporte para este periodo.	Subgerencia Administrativa ty Financiera - Sub-Proceso de Facturación	LUZ ANGELA CUBILLOS O. Subgerente Administrativa y Financiera, CARLOS A. ORTIZ Z. Profesional Universitario Facturación.	1 Recursos propios	30/01/2009	31/12/2009	0,6	60	Se efectuó reunión de la mesa de trabajo de glosas en el mes de Abril de 2009, retomando la matriz de presuntos responsables de la glosa del periodo comprendido entre los Meses de julio a Diciembre de 2007 y Enero a Junio de 2008, definiendo que el proceso de cartera dará inicio a la depuración y el cobro de los datos allí	Se cumplio la meta	2-C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
		correspondiente al primer semestre de 2008, al ser comparado con la relación de notas crédito generadas por glosas definitiva del mismo periodo, arroja un diferencia de \$375.155 pesos. así mismo el valor de glosas aceptada establecido por el equipo auditor correspondiente a mismo periodo, de acuerdo a la información suministrada por el hospital ascendió a la suma de \$8.9 millones que no coincide con el reportado en SIVICOF por valor de \$4.4 millones arrojando un diferencia de \$4.5 millones	objeciones en el hospital se recibe inicialmente en el área de cartera con el propósito de que las objeciones queden registradas en el sistema de información que tiene cartera, y posteriormente las objeciones son entregadas por cartera al área de cuentas medicas y estas son registradas en la base de datos del área de cuentas medicas de acuerdo a la fecha de recibido. Esto con el propósito de realizar el control de las objeciones, los tiempos y las respuestas ver										contenidos y así finalmente, determinar los posibles responsables, cuyo resultado final se remitirá al Proceso de Control Interno Disciplinario. Es importante aclarar, que a la fecha de este reporte, el proceso de cartera se encuentra Depurando la información respectiva. Se espera por tanto, que durante el año 2010, se concluya el procedimiento establecido para el establecimiento de los presuntos responsables definitivo y dar curso a las acciones disciplinarias pertinentes.		

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(60) RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
			soportes anexos. De otra parte el informe presentado en el SIVICOF correspondiente al primer semestre de 2008, al ser comparado con la relación de notas crédito generadas por glosas definitivas de mismo periodo, arroja un diferencia de \$375.155, Este valor corresponde a glosa aceptada de la vigencia actual que no fue posible registrarla en el mes de Junio, l												