

INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON  
ENFOQUE INTEGRAL – MODALIDAD ESPECIAL

HOSPITAL FONTIBON II NIVEL DE ATENCION  
VIGENCIA 2009 Y PRIMER SEMESTRE 2010

PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL 2010  
CICLO: III

DIRECCION SECTOR SALUD E INTEGRACION SOCIAL

DICIEMBRE DE 2010

**AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL FONTIBON II NIVEL DE ATENCIÓN ESE**

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Directora Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector de Fiscalización Salud	Ruth Marina Montoya Ovalle
Asesor	Luís Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoria	María Claudia Acevedo Ritter – Líder Ana Matilde Soledad Cabrera Damaris Olarte Casallas Néstor Gustavo Garzón González

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN SALUD AL COLEGIO Y SALUD A SU CASA</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>RESULTADOS DE AUDITORIA</b>	<b>8</b>
2.1.	Evaluación Sistema de Control Interno	8
2.2	Evaluación a la Gestión	13
2.2.1	Evaluación al Programa Salud a su Casa	13
2.2.2	Evaluación al Programa Salud al Colegio	27
2.3	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	41
<b>3.</b>	<b>ACCIONES CIUDADANAS</b>	<b>42</b>
<b>4.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>
4.1	Cuadro de hallazgos	45
4.2	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	46

Doctores

**JOSÉ ALEJANDRO HERRERA LOZANO**

Presidente Junta Directiva

**YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ**

Gerente

HOSPITAL FONTIBÓN ESE II Nivel de Atención

Ciudad

Respetados Doctores:

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con enfoque Integral modalidad Especial a los programas Salud a su Casa, Salud al Colegio y Seguimiento al Plan de Mejoramiento a la vigencia 2009 y primer semestre de 2010 al Hospital Fontibon ESE II NA, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y la evaluación al Sistema de Control Interno.

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

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de auditoría gubernamental colombianas compatibles con las de general aceptación, así como con las políticas y los procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera, que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y

documentos que soportan la gestión de la entidad, y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como de la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de Control Interno.

### **Concepto sobre Gestión Salud al Colegio y Salud a su Casa**

Los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio del Hospital Fontibon en la vigencia 2009 y primer semestre del 2010 han presentado una gestión organizada, una buena utilización de sus recursos y un adecuado seguimiento, con algunas excepciones, principalmente de sus indicadores y una buena adopción del sistema de información APS en línea y el aplicativo SISPIC.

Se presento glosa definitiva que puede generar un presunto detrimento en cuantía de \$13.8 millones en desarrollo de los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio cuando se realice la liquidación de los contratos Interadministrativos 732 de 2008 y 620 de 2009.

No hay evidencia de seguimiento y evaluación de glosas de Salud Pública, lo que conlleva a que no se identifiquen responsables, y por ende, dar inicio a un proceso disciplinario para recuperación de dichos recursos.

Para el componente de Control Interno y especialmente con respecto a la presentación del Plan de Mejoramiento consolidado, se evidenció incumplimiento a la normatividad, toda vez que no se utilizo el formato establecido para tal fin y de otra parte, no se retiraron algunos hallazgos que ya habían sido cerrados por la Contraloría de Bogota en procesos auditores anteriores.

Para los programas de Salud al Colegio y Salud a su Casa, se pudo establecer que en cumplimiento de su gestión y en desarrollo de los procesos estratégicos y misionales se ha logrado dinamizar la participación de la ciudadanía por medio de los núcleos de gestión, con lo que se ha logrado concientizar a la comunidad, estudiantes y educadores acerca de las necesidades de la población local y por ende la búsqueda de respuestas específicas.

El Control Interno en el Hospital de Fontibón, específicamente para el cumplimiento de los programas de Salud a su Casa y Salud al Colegio, en procura de garantizar que todas las actividades, operaciones y actuaciones se realizaran de acuerdo con los lineamientos establecidos por la SDS, cumplió con la aplicación de la normatividad existente, la implementación de políticas trazadas, la ejecución de los planes y el desarrollo de los programas establecidos, en cumplimiento de las metas y objetivos previstos.

En cumplimiento de establecer la gestión adelantada por los profesionales, se pudo verificar que los referentes de salud efectuaron visitas a cada uno de los equipos, con el fin de constatar la correcta aplicación de los procedimientos definidos para cada operación, lo que dio como resultando en algunos casos la formulación de los autocontroles respectivos.

Si bien es cierto que el Control Interno ha sido diseñado para dar una seguridad razonable a la Alta Dirección sobre el logro de sus objetivos, la probabilidad de logro y eficacia se ve afectada en muchas ocasiones, por situaciones inherentes al mismo sistema, como es el caso del programa Salud al Colegio, el cual presentó dificultades en la implementación de los procedimientos y la ejecución de los planes de acción resultantes de los mapas de acuerdos que se concertan con las entidades educativas, toda vez que los colegios no establecen cronogramas para todo el periodo académico, lo que ocasiona que algunas actividades tengan que ser reprogramadas por los profesionales y en algunos casos las mismas deban ser canceladas. Además de lo anterior, con ocasión de las reuniones que se dan en la Secretaria Distrital de Salud, deben cancelar actividades que difícilmente son reprogramadas por los colegios porque no tiene agendas disponibles.

Como resultado de la evaluación al Plan de Mejoramiento suscrito por el hospital a junio 30 de 2010, se obtuvo un total de 115 puntos, con una calificación de 1.91 y un rango de cumplimiento del 95.8%

Con respecto a la evaluación de Acciones Ciudadanas, en los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio no se presentaron quejas, reclamos ni derechos de petición. Se puede asociar esta situación a la interrelación de la población de las zonas marginales de estratos 1, 2 y 3 con el hospital, a través del recurso humano que ejecuta los programas y hace constante presencia en estos sectores vulnerables de la localidad.

Es importante resaltar que durante el año 2009, no existía un programa definido para el control de los documentos que se radicaban, pero no obstante con la implementación del nuevo software "ORFEO", a partir de octubre 26 de 2009, el sistema de radicación fue más confiable y organizado, pero aún persisten algunas inconsistencias para unificar las quejas, reclamos, derechos de petición y otros, al no haber articulación entre Gerencia y la Oficina de Atención al Usuario, donde manejan estadísticas diferentes, posiblemente al no estar en red con el sistema ORFEO, para retroalimentarse y manejar unificadamente una misma información entre estas dependencias

Los hallazgos presentados en los párrafos anteriores no inciden de manera significativa en los resultados de la administración, lo que nos permiten conceptuar que la gestión adelantada acata, salvo lo expresado en los párrafos

anteriores, las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, cuenta con un adecuado Control Interno de los procesos relacionados con los programas objeto de la auditoría y en la adquisición y uso de los recursos conserva acertados criterios de economía, eficiencia y equidad. Así mismo cumplió en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C., conceptúa que la gestión de los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio en la vigencia 2009 y primer semestre de 2010 es **favorable con observaciones**.

### **Consolidación de Hallazgos**

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 4.1 se establecieron 10 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 tomaran respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución.

En el Plan de Mejoramiento consolidado a presentar se retiraran las observaciones cerradas en este proceso auditor y se mantendrán las que se encuentran abiertas. Estas últimas tendrán un plazo de implementación de sesenta (60) días.

Bogotá, D.C, Diciembre de 2010

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

## 2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

### 2.1. EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En desarrollo del III Ciclo del Plan de Auditoría Distrital, PAD 2010 se valoró el cumplimiento de la Resolución No. 014 del 12 de mayo de 2010, de la Contraloría de Bogotá, relacionado con la presentación del Plan de Mejoramiento, el cual recopila los diferentes hallazgos formulados en las Auditorías Regular vigencia 2009 y Especial, vigencias 2007 y 2008, a los procesos de Facturación, Cartera y Contratación.

Como resultado del proceso auditor se establece:

2.1.1 En la rendición de cuentas realizada a junio 30 de 2010, el Hospital de Fontibón no dio estricto cumplimiento a la Resolución No. 014 del 12 de mayo de 2010, toda vez que el formato presentado a través del Programa SIVICOF, no contiene la columna correspondiente a “ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD”, en la cual se debe explicar en forma breve y concisa el comportamiento o grado de cumplimiento de la acción, a la fecha de corte del seguimiento. De igual forma, la columna “RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO”, la cual debe contener el resultado del indicador a la misma fecha de corte, fue utilizada para describir allí el seguimiento efectuado por el Hospital a cada una de las acciones formuladas.

Por otra parte, se observa que en el Plan de Mejoramiento, se incluyeron 36 hallazgos resultantes de la Auditoría Especial, a los procesos de Facturación, Cartera y Contratación, a los cuales se les determinó el cierre de la acción durante el proceso auditor adelantado en la Auditoría Regular vigencia 2009 y con base en esta actuación fiscal, el sujeto de control debió proceder a retirar dicha acción del plan de mejoramiento consolidado. Finalmente, dentro de este plan, no se incluyó el hallazgo No. 2.1.1.1 de la Auditoría Especial antes mencionada.

Lo anterior demuestra que la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol del Hospital, no ha hecho uso de procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación para que todas sus actuaciones se realicen de acuerdo con las normas vigentes, situación que no permite garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión institucional. Lo anterior ocasiona que se configure un hallazgo administrativo por el incumplimiento de los artículos 1 y 2, de la Ley 87 de 1993 y la Resolución No. 014 de 2010, de la Contraloría de Bogotá.

Con respecto a la evaluación del Control Interno en el Hospital de Fontibón, específicamente en el cumplimiento de la gestión a los Programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, ésta se llevo a cabo mediante la verificación del

cumplimiento de las actividades propias de cada grupo interdisciplinario para la promoción y prevención de la salud, de la ejecución de los planes de acción, el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos para cumplir con las metas y objetivos propuestos en estos programas y el monitoreo y acompañamiento realizado por el área de Salud Pública y la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en el desarrollo de dichos programas.

Producto de esta evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

#### Programa Salud Al Colegio

Para el programa Salud al Colegio, la promoción de la salud escolar significa abrir espacios desde los cuales pensar y desarrollar acciones que permitan a los equipos de salud y a las comunidades educativas tener una relación basada en la solidaridad, en la creatividad, en la transmisión de saberes y valores desde la alegría, la comprensión, la concertación y el afecto.

El objetivo primordial de este programa es mejorar las condiciones de salud en todos los colegios públicos y jardines de la localidad de Fontibón y brindar a sus estudiantes una mejor calidad de vida, tanto a nivel físico, como mental y social.

Para cumplir con estos objetivos, en cada institución educativa, un grupo de profesionales altamente capacitados, se dedican a escuchar las necesidades de cada uno de los estudiantes del centro de educación. Cada uno de estos profesionales trabaja con un grupo multiplicador, que ha sido previamente determinado por el Coordinador u Orientador. Dicho grupo multiplicador tiene como misión principal, hacer llegar a los demás estudiantes del colegio, toda la información que reciben en los encuentros con el equipo de Salud al Colegio.

Salud al Colegio en la localidad de Fontibón es ejecutado por un equipo de profesionales altamente capacitados, entre los cuales se cuenta con psicólogos, enfermeras, nutricionistas, odontólogos, entre otros, quienes tienen como propósito de realizar acciones de prevención y concientización respecto a aspectos vitales de salud integral, tales como proyecto de educación sexual, prevención en consumo de sustancias psicoactivas, inclusión social y garantía de derechos, que al final se conoce como Equipo de Acciones Promocionales.

El desarrollo de las actividades se cumple mediante un proceso de planeación que contempla cinco etapas a saber: Una etapa de Planeación que es participativa en coordinación con los directivos de los planteles educativos y se ejecutó en el primer trimestre de esta vigencia; dos etapas de ejecución (abril a junio y de agosto a octubre) y por último dos etapas de evaluación (semestral y anual).

Para corroborar el cumplimiento de las funciones de cada grupo interdisciplinario, se seleccionaron tres entidades educativas: Carlos Federichi, Luis Ángel Arango y Prados de Alameda y se realizó charla con cada uno de los responsables de los nodos de salud sexual y reproductiva; educación sexual y manejo de autoestima.

Producto de estas reuniones se establecieron debilidades de Control Interno, así:

- La alta rotación del recurso humano es otra de las causas por las cuales el cumplimiento de los planes de acción se puede ver afectada, rotación que obedece al retiro de los profesionales por pagos relativamente bajos y otra por qué no se les renueva el contrato.
- Las condiciones laborales aunque no son un motivo relevante para que no se desarrollen las actividades propias del programa por parte de los profesionales, si influye en el estado de los mismos, toda vez que laboran en un área donde se evidencia hacinamiento, pues laboran en promedio 150 funcionarios del Área de Salud Pública y en puestos de trabajo compartidos; no tienen luz natural, ni ventilación, pues aun cuando hay presencia de ventanas, éstas se encuentran limitadas por muros exteriores. Por otra parte, la información resultante de las actividades ejecutadas, debe ser procesada en cuatro (4) computadores, que son los disponibles para 40 profesionales del Programa Salud al Colegio.
- También se encontraron dificultades para el desarrollo de las actividades de promoción por parte de los equipos de profesionales, cuando deben hacer uso de insumos, pues en algunos casos el hospital de Fontibón no hace entrega de los mismos de manera oportuna, lo que conlleva a que los mismos profesionales los adquieran de su propio presupuesto o se las ingenien para trabajar con los estudiantes.
- Con respecto al manejo de la información, cada uno de los integrantes de los equipos son los que alimentan las bases de datos, pero no tienen establecida una directriz para su conservación, pues no se hacen back up de la misma y se puede correr el riesgo que cuando a un profesional no se le prorroga el contrato o simplemente tome la decisión de retirarse de la entidad, se lleve consigo la información resultante del desarrollo de las actividades.

2.1.2 Con respecto a las actas resultantes de reunión que se realizan con los distintos actores que hacen monitoreo al programa de Salud al Colegio, se pudo establecer simplicidad en su contenido, pues no permiten rescatar el cumplimiento de compromisos y su materialidad, lo relevante del tema tratado y el seguimiento a la efectividad de sus acciones, entre otras. De igual forma, las mismas no son legibles y este aspecto no permite al cliente externo identificar o conocer por este

medio los resultados y avances del programa y por otra parte no pueden ser tenidas en cuenta como instrumentos de control, situación que se presenta en virtud de que la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol del Hospital no ha hecho uso de procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación para que todas sus actuaciones se realicen de acuerdo con las normas vigentes. Lo anterior demuestra que no se está dando cumplimiento al artículo 2, literales b), d) y g) de la Ley 87 de 1993, por lo que se configura en un hallazgo administrativo.

2.1.3 Se observa que en el Área de Salud Pública no se dispone de archivos con documentación organizada que le permita al Hospital utilizar la misma para alimentar la memoria institucional de la entidad, pues todos los soportes y documentos resultantes del programa Salud al Colegio, se encuentran ubicados sobre los escritorios, no se ve clasificado, ni organizado y lo más delicado es que se encuentra a merced del personal que quiera consultarlo, pero sin ninguna medida de seguridad.

Desde la perspectiva de la Ley General de Archivos, se puede establecer que para el programa de Salud al Colegio no se tienen establecidas actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación, lo que conlleva a que se establezca un hallazgo administrativo por el incumplimiento de los artículo 4 y 13, de la Ley 594 de julio 14 de 2000,

#### Programa Salud a Su Casa

El programa Salud a su Casa está contemplado como una estrategia que busca garantizar el derecho de la salud a las familias que habitan en las zonas más vulnerables de la localidad de Fontibón. Pensando en las desventajas existentes en las zonas más apartadas del sector, el Hospital de Fontibón ha diseñado dicha estrategia para llegar a cada uno de los hogares georeferenciados y darles a conocer los derechos a los que pueden tener acceso y la manera en que pueden implementarlos. De esta forma, se dio inicio a la estrategia con la creación de 12.5 microterritorios, entendidos como el conjunto de familias que vive en zonas aledañas que se encuentran en condiciones marginales y necesitan ser intervenidas para que sus condiciones de vida mejoren.

En cumplimiento a los lineamientos planteados y los procesos establecidos por la SDS y que deben seguir los miembros del equipo de trabajo para desarrollar el programa de Salud a su Casa, en el Hospital de Fontibón se adelantan actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida de las familias, entre las cuales están: Acercamiento con las comunidades, realizada inicialmente por los promotores; se convocan los núcleos de gestión, con quienes se construyen los pactos de

corresponsabilidad, se establecen las acciones que se van a emprender, se toman decisiones, se aborda la problemática en cada microterritorio con la participación de Juntas de Acción Comunal y otros líderes del sector, para finalmente diseñar y planificar las respuestas integrales que respondan a las necesidades planteadas por los grupos caracterizados. Posterior a eso se hace una lectura de las necesidades, que la comunidad de manera dispersa ha solicitado.

Se observa también que los equipos de trabajo cuentan con mecanismos de comunicación que les ha permitido impulsar el proceso y dar de manera oportuna soluciones a las problemáticas que aquejan determinado territorio de la ciudad. Al interior del programa se cuenta con un sistema de información que reúne los datos de las familias que participan en Salud a su Hogar. Ésta es documentada y se le hace un seguimiento periódico según el nivel de vulnerabilidad que presente. El sistema permite la evaluación y actualización de cada uno de los casos familiares que son intervenidos.

Con el fin de verificar el cabal cumplimiento de todas las actividades descritas anteriormente, se pudo establecer mediante la aplicación del programa de auditoría que el Hospital adelantó y ejecutó las acciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos y metas trazadas por la SDS. La Gerencia, a través de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, así como del Área de Salud Pública, planeó, organizó, dirigió y ejecutó las tareas y acciones establecidas en los programas, dándole la seguridad de que los objetivos y metas propuestas se lograron.

De igual forma, se pudo establecer que en cumplimiento de las metas y objetivos, los equipos de trabajo y personal en general que participaron en la ejecución del programa, adquirieron un alto grado de compromiso y responsabilidad, en la ejecución de los planes de acción, con el único propósito de prevenir riesgos inherentes a la actuación administrativa, lo que requirió de alta y clara comunicación entre los miembros y el aseguramiento de una adecuada coordinación.

Por último, se resalta el acompañamiento y asesoría de entidades como la SDS y la SDE en todo el proceso de ejecución de los programas, entidades que se reunieron de manera periódica con los referentes y equipos de trabajo, con el fin de presentar el balance de la gestión en la localidad y permitiendo llevar el control permanente de los avances, resultados y dificultades en la operación del programa, las son plasmadas en las mesas de trabajo intersectoriales.

## 2.2 EVALUACIÓN A LA GESTIÓN

El artículo 33 de la LEY 1122 de 2007 determina la construcción del Plan Nacional de Salud Pública el cual se encuentra definido y aprobado por el Decreto 3039 del 10 de agosto del 2007, mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011, definiendo estrategias y metas de obligatorio cumplimiento para la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivos y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

La Resolución 425 del 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales, el cual propone “Mejorar el estado de salud de la población Colombiana”, desde un enfoque poblacional que reconoce los determinantes que la afectan, promoviendo la salud y la calidad de vida, como procesos políticos y sociales que abarcan acciones colectivas e individuales, que fomentan en las comunidades e individuos capacidades y oportunidades para que identifiquen y satisfagan sus necesidades en salud.

El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008 – 2012 “Bogotá Positiva: Para vivir mejor” aprobado mediante el Acuerdo 308 de 2008 a través del objetivo estructurante “Ciudad de Derechos”, establece el Programa “Programa Bogotá Sana” que propende garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

La SDS como ente rector de las políticas Distritales de salud establece el Plan de Salud Pública Distrital 2008 - 2012 y a través del eje estructurante Salud Pública e Intervenciones Colectivas se establecen las intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del distrito.

El Plan de Intervenciones colectivas contiene los Proyectos de Inversión 623-Salud a su Casa y 624 – Salud al Colegio, entre otros, que son ejecutados a través de la red pública hospitalaria, los cuales son objeto de la presente auditoria.

### 2.2.1 Evaluación al Programa Salud a su Casa

Este programa se puede evidenciar desde el Plan Estratégico del hospital Fontibon a través del Segundo Objetivo Corporativo: *“Administración y gestión integral para la Salud – Garantizar la prestación de servicios Integrales de salud de I y II nivel”* y en la estrategia Institucional *“Implementar un modelo de atención basado en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud para lograr articulación y trazabilidad en forma integral de las acciones en salud para el primero y segundo*

*nivel de atención*”. Lo anterior demuestra la importancia que tiene para el hospital el modelo de prestación de servicios enmarcado en la Atención Primaria en Salud representado por el programa Salud a su Casa.

El programa Salud a su Casa se ha desarrollado mediante la ejecución de los contratos de compraventa de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública No. 732 de 2008 (ejecutado del 1 de agosto 2008 al 31 de marzo de 2009), 620 de 2009 (ejecutado del 1 de abril 2009 al 31 de enero de 2010) y 015 de 2010 (ejecutado del 1 de febrero al 31 de diciembre), de la siguiente manera para las vigencias 2009 y 2010:

**CUADRO 1**  
**RECURSOS AMBITO FAMILIAR – PROGRAMA SALUD A SU CASA**  
**VIGENCIAS 2009 – 2010**

Cifras en millones de pesos

Contratos	Periodos de ejecución	Vigencia 2009	Vigencia 2010	% Incremento
732/2008	Ener/09	131.8		
	feb-mar/09	275.1		
620/09	Abril/09-Ener/10	1.168.7		
015/10	Feb-Dic/10		1.768.3	
<b>Valor total contratado por vigencia</b>		<b>1.575.6</b>	<b>1.768.3</b>	<b>12%</b>

Fuente: Oficina Salud Publica

Como se puede observar en el cuadro anterior, a la fecha del presente informe, la SDS ha contratado con el hospital \$1.768.3 millones, mediante el contrato 015 de 2010, para la ejecución del programa Salud a su Casa durante la vigencia 2010, observando un incremento en el valor de la contratación del 12% en ésta vigencia con respecto a la vigencia 2009, la cual correspondió a \$1.575.7 millones, mediante los contratos 732 de 2008 y 620 de 2009, es decir, los recursos para este programa en la vigencia 2010 ya se han incrementado en un 12% a la fecha.

**CUADRO 2**  
**EJECUCIÓN CONTRATO 732 de 2008**  
**(1 de agosto 2008 al 31 de marzo de 2009 para el ámbito Salud a su casa)**  
**AMBITO FAMILIAR – PROGRAMA SALUD A SU CASA**

Cifras en millones de pesos

<b>Valor Total Contratado</b>	<b>1.066.2</b>
<b>Valor total Facturado</b>	<b>1.066.3</b>
<b>Valor glosa definitiva</b>	<b>12.9</b>
<b>Valor ejecutado</b>	<b>1.053.4</b>
<b>Porcentaje de ejecución</b>	<b>98,8%</b>

Fuente: Oficina Salud Publica

Como se puede evaluar en el cuadro anterior, se presenta una ejecución satisfactoria del 98,8% en el desarrollo del contrato 732 de 2008 en lo correspondiente al Programa Salud a su Casa. Este contrato a la fecha no ha sido liquidado.

**CUADRO 3**  
**EJECUCIÓN CONTRATO 620 de 2009**  
**(1 de abril 2009 al 31 de enero de 2010)**  
**AMBITO FAMILIAR – PROGRAMA SALUD A SU CASA**

Cifras en millones de pesos

<b>Valor Total Contratado</b>	<b>1.168.8</b>
<b>Valor total Facturado</b>	<b>1.176.8</b>
<b>Sobreejecución</b>	<b>8.2</b>
<b>Valor glosa definitiva</b>	<b>5.8</b>
<b>Valor ejecutado</b>	<b>1.171.1</b>
<b>Porcentaje de ejecución</b>	<b>102%</b>

Fuente: Oficina Salud Publica

Como se muestra en el cuadro anterior, se presentó una sobreejecución del 102% en del contrato 620 de 2009 en lo correspondiente al Programa Salud a su Casa.

2.2.1.1 Al evaluar el valor contratado para el Programa Salud a su Casa (\$1.168.7millones) y el valor facturado por el mismo contrato (\$1,176.8 millones), tal como se puede observar en el cuadro No 3; se observa una diferencia de \$8.2 millones que corresponde a una sobreejecucion de lo facturado frente al valor pactado en el contrato, lo cual determina un nivel de incertumbre en la ejecución real de los recursos presupuestales que fueron asignados al mismo, evidenciándose fallas de seguimiento, control y monitoreo a la ejecución financiera del contrato lo que pone en riesgo la adecuada administración de los recursos públicos en contravención a lo establecido en el literal a) artículo 2 de la LEY 87 de 1993.

**CUADRO 4**

**FACTURACION SALUD A SU CASA VIGENCIA 2010**  
**Contrato 115 de 2010 (1 de febrero al 31 de diciembre)**

Cifras en millones de pesos

CONTRATO	PERIODO FACTURADO 2010	VALOR
115/10	Febrero	208.7
	Marzo	147.5
	Abril	215.7
	Mayo	112.4
	Junio	161.4
<b>Total facturación bruta</b>		<b>845.6</b>

Fuente: Oficina Salud Publica

Estos valores relacionados en el cuadro No 4 corresponden a facturación bruta, es decir, sin descontar la glosa, porque a la fecha no ha sido establecida aún por parte de la SDS.

**CUADRO 5**  
**RESUMEN EJECUCIÓN AMBITO FAMILIAR**  
**- PROGRAMA SALUD A SU CASA - PRIMER SEMESTRE 2010**

Cifras en millones de pesos

Total contratación 2010 (a la fecha)	1.768.3
Total facturación bruta (a junio de 2010)	845.6
Porcentaje de ejecución Vigencia 2010	48%

Fuente: Oficina Salud Publica

Al evaluar el valor contratado para la vigencia 2010, correspondiente a \$1.768.3 millones y la facturación bruta generada en el primer semestre del 2010, en cuantía de \$845.6 millones, se puede observar una buena ejecución del contrato 015 de 2010 en lo correspondiente al programa Salud a su Casa en el Ámbito Familiar, del 48% en este primer semestre.

Una vez evaluada la información de costos y facturación del programa, se observa:

**CUADRO 6  
CUADRO COMPARATIVO GASTOS PERSONAL, COSTOS GENERALES Y UTILIDAD DEL  
AMBITO FAMILIAR – PROGRAMA SALUD A CASA**

Cifras en millones de pesos

<b>Vigencia</b>	<b>Gastos personal</b>	<b>Costos totales (Suministros, Gastos Personal, Insumos hospitalarios, Costos Administrativos, Otros)</b>	<b>Facturación al F.F.D.S</b>	<b>Utilidad</b>
PRIMER SEM 2009	615.0	777.5	909.4	131.9
PRIMER SEM 2010	632.8	751.0	845.5	94.5
VARIACIÓN 2010/2009	3%	-3%	-7%	-28%

Fuente: Oficina Salud Publica

Se presenta utilidad de \$94.5 millones en la ejecución del programa del ámbito familiar en el primer semestre del año 2010, sin embargo esta utilidad presento un decrecimiento del 28% con respecto a los resultados del primer semestre de la vigencia 2009, que correspondió a una utilidad de \$131.9 millones.

Teniendo en cuenta que los costos disminuyeron en un 3%, se observa como factor determinante de este resultado, la disminución en la facturación en un 7%, al obtener \$909.4 millones en el primer semestre de 2009 y 845.5 millones en el mismo periodo de 2010. Finalmente se evidencia, de acuerdo a la información suministrada por el hospital que el programa genera utilidad para el hospital además del beneficio social.

Con respecto a la glosa definitiva generada en la ejecución de los contratos 732 de 2008 y 620 de 2009, se cuantificó para el programa Salud a su Casa un valor total de \$10.3 millones para la vigencia 2009, lo cual equivale a un bajo porcentaje de glosa del 0.6% de la facturación radicada en la misma vigencia.

A continuación, se detalla la glosa definitiva y los motivos que podría generar un presunto detrimento, en cuantía de \$7.1 millones, correspondiente al programa Salud a su Casa, obtenida a la fecha del presente informe, mediante la ejecución de los contratos Interadministrativos 732 de 2008 y 620 de 2009.

**CUADRO 7**  
**VALOR GLOSA DEFINITIVA CON PRESUNTO DETRIMENTO**  
**PROGRAMA SALUD A SU CASA**

Cifras en pesos

No CONTRATO	PERIODO	CODIGO DE LA GLOSA	MOTIVO	VALOR	FECHA DE CERTIFICACIÓN
732 de 2008	Septiembre – 2008	G4	Presentación parcial de soportes	1.605.435	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Octubre- 2008	G4	Presentación parcial de soportes	1.062.063	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Noviembre – 2008	G4	Presentación parcial de soportes	2.272.308	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Diciembre – 2008	G4	Presentación parcial de soportes	666.873	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Marzo-2009	G1	glosa por calidad	740.970	20 de Agosto de 2009
620 de 2009	Septiembre- 2009	G1	glosa por calidad	703.763	15 de Diciembre de 2009
	<b>TOTAL</b>			<b>7.051.412</b>	

Fuente: Información suministrada por coordinación PIC

2.2.1.2 En desarrollo de la auditoria especial al programa Salud a su Casa durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, se evidenció glosa definitiva que podría generar un presunto detrimento en cuantía de \$7.1 millones cuando se realice la liquidación de los contratos Interadministrativos 732 de 2008 y 620 de 2009. Esta glosa ha sido certificada y notificada a la fecha por la firma HAGGEN AUDIT LTDA, Auditores y Consultores en Salud, contratada por la SDS para realizar la interventoria de los contratos del PIC. Lo anterior, sobreestima la cuenta de deudores y subestima la cuenta de ingresos de la vigencia 2009, en la misma cuantía, incumpliendo con lo establecido en el numeral 6, capítulo XIII, título II del manual de procedimientos contables adoptado mediante Resolución 356 de 2007, expedida por el Contador General de la Nación.

2.2.1.3 Verificada la información suministrada por el hospital acerca de las glosas definitivas, se observa que no se analizan en su totalidad todas las glosas que se generan en el hospital, toda vez que en el desarrollo temático de las actas de Comité Técnico Administrativo de Presunción de Responsabilidad de Glosas Definitivas, no hay evidencia de seguimiento y evaluación de Glosas de Salud Pública, lo que conlleva a que no se identifiquen responsables, y por ende, dar inicio a un proceso disciplinario para recuperación de dichos recursos, lo anterior

configura un hallazgo administrativo por incumplimiento al artículo 2 de la Ley 87 de 1.993.

Por otra parte, se ha observado la inoportunidad de la interventoría por parte de la SDS durante la ejecución de los contratos antes mencionados, evidenciado por ejemplo, en que certifican la glosa generada en el mes de Marzo de 2009 hasta el 20 de Agosto del mismo año y con respecto al contrato Interadministrativo 620 de 2009, finalizó ejecución el 31 de enero de 2010 y no se cuenta con certificaciones de glosa aun por parte de la SDS. Lo anterior, dilata la liquidación de los contratos.

El equipo de trabajo para Salud a su Casa en el ámbito familiar, está constituido por un equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos los cuales han sido contratados manteniendo parámetros de economía y transparencia.

Se presenta un gran trámite administrativo ocasionado por contratación directa de un alto volumen de personal por cortos periodos, lo que conlleva a inestabilidad del recurso humano por alta rotación, con su consecuente requerimiento de capacitación. Por otra parte, se presenta dificultades para acceder a todos los perfiles requeridos en el programa por la situación de inseguridad que conlleva el desplazamiento dentro de los microterritorios y la relación oferta- demanda en el tema económico, además, de la inestabilidad laboral que representa los contratos por periodos cortos. Lo anterior se evidencia, en la glosa por falta de personal que es la más alta, pero que finalmente, mediante la gestión de la coordinación del PIC por parte del hospital, las intervenciones que no se pueden ejecutar por este factor son reprogramadas con la SDS.

De acuerdo con los lineamientos de la SDS, el programa Salud a su Casa se ejecuta a través de un portafolio que contempla los siguientes ítems:

Categoría: Ámbito Familiar,

Componente: Intervenciones en determinantes Sociales que inciden en la calidad de vida y salud de las familias en Bogotá,

PDA o Transversalidades: 1. Gestión, 2. Operación de los Equipos Básicos de salud familiar y comunitaria, 3. Salud Mental, 4. Discapacidad, 5. Trabajo, 6. Salud Oral, 7. Ambiente. 8. Infancia, 9. Seguridad Alimentaria y Nutricional, 10. SSR. 11. Desplazados y 12. Ambiente.

Se establecen una serie de acciones con sus respectivos productos y unidades de intervención como gestión, operación de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria, salud mental, discapacidad, trabajo, salud oral, infancia, salud sexual y reproductiva, desplazados y otras, mediante las cuales se programa y factura la gestión del proyecto, en desarrollo de lo pactado en los contratos Interadministrativos de compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC del Sistema de Seguridad Social en Salud en el

Distrito Capital suscritos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital Fontibon.

**CUADRO 8**  
**INFORME DE GESTION Y FACTURACIÓN 2009 -**  
**AMBITO FAMILIAR – PROYECTO SALUD A SU CASA (623)**  
**COMPONENTE INTERVENCIONES EN DETERMINANTES SOCIALES QUE INCIDEN EN LA**  
**CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LAS FAMILIAS EN BOGOTA**

PDA O TERANSVERSALIDAD	ACCION O INTERVENCION	ACTIVIDAD DEL PROYECTO DE INVERSIÓN	Meta Programada año	Meta Ejecutada Año	INDICADORES 2009
GESTIÓN	Gestión del territorio	Desarrollar todos los procesos de gestión en los territorios de Salud a su Casa.	11	11	Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión general del programa= 100%
OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	Actualización de novedades y análisis de los cambios en la situación de salud de la población y del territorio (35%)	Hacer seguimiento y mantenimiento a los micro territorios antiguos.	12,5	12,5	Cobertura de microteritorios con la estrategia de salud a su casa. =12,5/12,5=100 %
	Intervenciones de información y educación, verificación de asistencia a programas y canalización a prioridades (35%)		12,5	12,5	
	Desarrollo de los núcleos de gestión de la salud (20%)		12,5	12,5	
	Planeación y organización del trabajo de campo (10%)		12,5	12,5	

Fuente: Salud Pública

En el cuadro anterior se muestra de manera muy concreta las acciones contratadas para las intervenciones de gestión y operación de equipos básicos en la vigencia 2009, así como los indicadores que se desprenden de estas acciones y el cumplimiento alcanzado en la contratación que es del 100%.

En el anexo 3 de los lineamientos del programa establecidos por la SDS, se establecieron 32 hojas de vida de indicadores de Gestión por etapas del programa, que miden específicamente el desarrollo de las acciones de los equipos básicos de salud familiar y comunitaria desde que se inició el programa, sin embargo, en junio de 2010 la SDS después de un análisis realizado entre los equipos locales y el equipo distrital del programa, modificó y eliminó algunos indicadores, quedando en firme únicamente 15.

Con respecto a estos indicadores se presentan algunos resultados más representativos:

- Participación; indicador 1. Porcentaje de personas participantes en los núcleos de gestión, sirve para valorar la eficiencia de las metodologías de convocatoria y la respuesta de la comunidad en relación al reconocimiento de la importancia de participar en la solución de las problemáticas del microterritorio.

<i>Promedio 2009</i>	<i>Promedio 2010</i>	<i>Variación</i>
52%	87%	67%

Se observa un bajo resultado del 52% en promedio para la vigencia 2009 lo que demuestra una baja respuesta de la comunidad en la participación de las problemáticas del microterritorio, sin embargo, se evidencia un alto incremento del 67% para la vigencia 2010, al pasar de 52 a 87%.

- Organización de la Respuesta; indicador 13. Porcentaje de población informada y educada por promotor en temas prioritarios en Salud Pública; el resultado para las vigencias 2009 y 2010 es del 100%

- Gestión del Programa; indicador 17. Porcentaje de Integrantes del programa que reconocen y aplican conceptos fundamentales para el trabajo en Salud a su Casa, con éste se monitorea el nivel de aprendizaje y la metodología utilizada, obteniendo un resultado del 90% para 2008, y decreciendo a 69% en el 2009. Esto se relaciona con la alta rotación del recurso humano.

- Monitoreo y evaluación; indicadores 21, 21 A, 25, 26, 27, 28 y 29.

**CUADRO 9**  
**INDICADORES DE GESTION DEL PROGRAMA SALUD A SU CASA**

<b>Indicador</b>	<b>Promedio 2008</b>	<b>Promedio 2009</b>	<b>Promedio 2010</b>
Cobertura general de población en la localidad	15,7%	16.9%	15,5%
Cobertura de población en la localidad en estratos I y II	NA	NA	NA
Porcentaje de familias con respuesta integral	NA	100%	100%
Mortalidad materna general y por primera demora	0	0	DATO PENDIENTE
Mortalidad perinatal	0	0	1
Mortalidad por EDA y por primera demora.	0	0	0
Mortalidad por ERA y por primera demora.	1	0	0

Fuente: Salud Pública

Con respecto al porcentaje de familias con respuesta integral, cuyo resultado es de un 100%, se demuestra que los recursos están siendo acordes a las necesidades y demanda de las familias priorizadas del territorio.

A pesar de presentarse una muerte perinatal en el primer trimestre del año 2010, se considera muy buen resultado el obtenido en los casos de mortalidad materna, perinatal, mortalidad por ERA y EDA en los microterritorios, lo cual evidencia la efectividad de las acciones del programa.

Con respecto a las otras intervenciones del programa (salud mental, salud sexual, etc.) también se han diseñado indicadores para verificar el cumplimiento de las acciones contratadas por parte de la Secretaría, los cuales han sido implementados y documentados correctamente por el hospital. Se puede observar que en su mayoría son indicadores de cumplimiento para cada intervención y que van a alimentar una matriz macro con la información de las diferentes localidades, mediante la cual se establecerán los resultados definitivos que aportaran a las metas distritales.

Estos indicadores cuantitativos diseñados para cada intervención, por ahora, en su mayoría, no permiten evaluar puntualmente los resultados a nivel de la localidad, por un lado, porque la cobertura real con respecto a la totalidad de la población de la localidad aún es baja, y por otra, porque se desconoce el universo de la localidad en casi la totalidad de las intervenciones, lo que imposibilita evaluar tanto la dimensión de los problemas, como el porcentaje de minimización de los mismos. Los logros y alcances del programa se pueden conocer a través de los informes cualitativos que cumplen con características de calidad, reflejado esto además en el bajo porcentaje de glosa definitiva.

De acuerdo con las acciones y resultados presentados por el hospital en el Programa Salud a su Casa con respecto a problemáticas sensibles para la comunidad y la opinión pública, se observó de acuerdo con la información suministrada por la SDS, se presenta para la localidad de Fontibon:

Nacimientos en adolescentes en la vigencia 2009, 10 a 14 años: 18, de 15 a 19 años: 635, para un total de 653 nacimientos.

Nacimientos en adolescentes en la vigencia 2010, 10 a 14 años: 7, de 15 a 19 años: 343, para un total de 350 nacimientos.

El Hospital informa con respecto a su gestión:

Con respecto al Indicador No. 6 que busca aportar a la meta distrital en la disminución del porcentaje de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, se evalúa el número de gestantes adolescentes de 10 a 14 años en los microterritorios de salud a su casa sobre el total de las gestantes caracterizadas identificadas en los microterritorios, en el primer semestre de 2010 es de 0,1% que representa a 5 gestantes. El indicador No. 7 para las gestantes entre 15 y 19 años, arroja un resultado del 2,6% y corresponde a 126 gestantes del microterritorio.

Teniendo en cuenta la meta del Plan de Desarrollo de reducir a 3.0 por cada 100.000 habitantes, se evidencia en la localidad Fontibon durante el 2009 13 decesos por suicidio, 4 de los casos alcanzaron secundaria y 3 profesionales. En el ámbito familiar la notificación en el 2009 se incrementó en 448% con respecto a la vigencia 2005 y el mayor número se presenta en mujeres.

En cuanto a violencia intrafamiliar, en la vigencia 2009 se evidencia una reducción en la violencia de tipo emocional en los microterritorios de Salud a su Casa pasando de 71 casos de maltrato en el 2008 a 18 casos en el 2009, pero se presenta un gran aumento en el tipo de violencia sexual, el cual pasa de 6 casos en el 2008 a 27 casos en el 2009, razón por la cual es la más abordada en el microterritorio. Este aumento también se puede deber a una mayor concientización y capacitación del personal del hospital así como de la comunidad para realizar notificaciones. En total fueron detectados 88 casos de maltrato en los microterritorios con base al sistema SIVIM y APS en línea, correspondiendo a 31 casos de violencia física, 18 emocional, 27 sexual, una económica, 17 por negligencia y 4 por abandono, presentándose una disminución del 44% con respecto al 2008 en la que se presentaron 157 casos. Del total de casos de violencia en el 2009 el que más se presenta es el maltrato físico que correspondió a un 35% de los casos, seguido del maltrato sexual con un 31%, emocional 20% y por negligencia un 19%.

Con respecto a la problemática de discapacidad, mediante la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del ámbito familiar se realizan acciones de orientación e información en cada familia a través de las intervenciones psicosocial, vivienda saludable, comunitario, registro de discapacidad y banco de ayudas técnicas. Con corte a 2009 se han caracterizado en los microterritorios un total de 4687 discapacitados, de los cuales el 39% corresponde a hombres y el 61% a mujeres.

En la problemática de mortalidad en menores de 5 años como aporte del hospital en este programa en el tema de prevención se realizaron 6.645 seguimientos con la estrategia AIEPI en el año 2009, de los cuales 1.567 eran menores de 1 año y 5.078 de 1 a 5 años. Mediante estas estrategias se realizan actividades de verificación de asistencia a programas, comprobación de vacunas y se detectan y

se hacen recomendaciones de enfermedades prevalentes relacionadas con menores de 5 años como enfermedad respiratoria, enfermedad diarreica, desnutrición, anemia e inclusive se detectan también riesgos de accidentes en las viviendas.

Como datos de referencia se presenta la información reportada por el hospital, base de datos SSD- RUAF preliminares:

La tasa de mortalidad en menores de un año por mil nacidos vivos en la localidad de Fontibón, para la vigencia 2008 fue de 14.7 y para 2009 fue de 12.2, evidenciándose una disminución importante que puede demostrar la gestión realizada por los diferentes actores. Igualmente se evidencia un buen resultado con respecto a la tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de 5 años que paso de 30.7 en el 2008 a 26.8 en el 2009.

La tasa EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) por 100.000 niños menores de 5 años lamentablemente se incrementó al pasa de 0 en el 2008 a 4 en el 2009.

La tasa de mortalidad por neumonía por 100.000 niños menores de 5 años si alcanzo un excelente resultado al pasar de 24.3 en el 2008 a 8 en el 2009.

La tasa de mortalidad por desnutrición (DNT) por 100.000 menores de 5 años se ha mantenido en cero desde el 2006 hasta el 2009.

La razón de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos se ha incrementado en la localidad al pasar de 12. 5 en el 2008 a 15. 5 en el 2009.

La tasa de Mortalidad en la localidad Fontibon para menores de 5 años es:

2009: 68 muertes Tasa: 27,2

Enero a Agosto de 2010: 42 muertes. No disponible la tasa.

Con respecto a la información de las tasas de mortalidad suministradas, es importante anotar que con respecto a los territorios del programa, solo se han registrado una muerte perinatal en el 2010 y una muerte por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en el 2008.

Con respecto a la cobertura del Programa Salud a su Casa, se informa que con respecto a la meta del proyecto macro 623 que establece cubrir 425 microterritorios para el año 2012, para la localidad Fontibon, la SDS establece una meta de 12.5 microterritorios.

Cada microterritorio esta compuesto por 1.200 familias, y se estandariza en promedio tres integrantes por familia, lo que aporta un total de 15.000 familias y 45.000 personas.

En la ejecución se evidencia que se ha dado cumplimiento a la cobertura programada de los 12.5 microterritorios. En cuanto a individuos beneficiados por el programa en el 2009 fue de 54.778, es decir, lograron un cumplimiento del 120% de la meta programada.

Con respecto a junio del 2010 el número de beneficiarios es de 52.426 individuos, es decir, que con respecto a la meta programada, se ha alcanzado a esta fecha una ejecución del 116%, quedando aun un semestre por ejecutar.

Con respecto a la población total de la localidad, la cobertura en la vigencia 2009 es del 16,6% en el primer semestre y del 17,2% en el segundo semestre, con una población de la localidad de 330.156 individuos y a junio del 2010 es del 15,5%, con una población de la localidad de 338.198 individuos, lo que significa una baja cobertura con respecto al total de la población.

Sin embargo, este programa es dirigido a la población pobre y vulnerable, lo cual, para efectos de gestión, se ha asociado a los estratos socioeconómicos I y II, pero se carece de este dato por cuanto la Secretaria de Planeación Distrital no lo ha suministrado según información dada por la Entidad, por lo tanto no se puede conocer la cobertura de la población objeto.

El hospital Fontibon para la captura y reporte de información utiliza el aplicativo APS en línea que es una herramienta creada por la SDS para la sistematización de la caracterización de las familias del programa Salud a su Casa que proviene de las fichas elaboradas por el equipo y la digitación es realizada por un digitador del equipo Salud a su Casa, la cual se realiza con una oportunidad de 15 días aproximadamente. Esta base alimenta los indicadores del programa.

Por otra parte, el Programa Salud a su Casa recoge actividades que se realizan dentro de los microterritorios, no solo con acciones por parte de los equipos básicos de Salud familiar y Comunitaria sino también de las líneas de intervención como salud mental, salud oral, desplazados, salud sexual y reproductiva, entornos saludables, etc. Cada línea de intervención ingresa sus acciones en una base de datos propia, la cual envía a la SDS, según los requerimientos y sirve para el análisis de la información, el cual se envía dentro del informe de gestión de manera trimestral y se revisa de manera mensual con la entrega de productos. Mensualmente se envía el informe SISPIC al aplicativo APS.

Teniendo en cuenta que:

1. Los recursos asignados para la vigencia 2009 fueron de \$1.575.6 millones y la población beneficiada de la localidad fue de 54.778 individuos, se calcula un costo promedio aproximado de \$28.763.5 pesos por persona, lo cual es inferior al costo de una consulta de medicina general, teniendo en cuenta que la población beneficiaria general, tiene mínimo 2 visitas al año y la población priorizada, según su condición como gestantes, menores de 5 años, población en condición de discapacidad, tienen mínimo 3 visitas al año, además, se debe tener en cuenta que en medicina es mas económico invertir en prevención que en curación y que los resultados de la inversión en prevención solo se podrán apreciar a largo plazo.
2. Los resultados alcanzados en los indicadores establecidos para el seguimiento del programa que ya permiten evaluar algunos buenos resultados, y lo expuesto en los informes cualitativos.
3. Los resultados que se alcancen en la localidad, bien sea con incidencia positiva o negativa a nivel de las metas del Plan de Desarrollo, no dependerán únicamente de la gestión de este programa, ni de la gestión del hospital, dependerán del ejercicio de la gestión integral de muchos actores locales.
4. Finalmente las condiciones socioeconómicas de la población serán la principal puerta o barrera para acceder a mejores condiciones de salud.
5. El programa genera utilidad para el hospital además del beneficio social.

Se concluye con lo anterior, que el programa Salud a su Casa del hospital Fontibon en la vigencia 2009 y primer semestre del 2010 ha presentado una gestión organizada, una buena utilización de sus recursos con una excelente ejecución contractual, un seguimiento adecuado, con algunas excepciones, de sus indicadores y una buena adopción del sistema de información SISPIC y APS en línea.

### 2.2.2 Evaluación al programa Salud al Colegio

Se desarrolla en el Ámbito Escolar, espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud. El ámbito escolar desarrolla acciones propias del PIC en tres escenarios: jardines, escuelas/colegios, e instituciones de educación superior.

El ámbito se basa en el contexto de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y el programa salud al colegio recoge los principios fundamentales de la *Atención Primaria en Salud* (APS).

Aunque el Plan Estratégico Institucional del hospital Fontibon no contempla expresamente el programa Salud al Colegio, la estrategia Institucional *“Implementar un modelo de atención basado en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud para lograr articulación y trazabilidad en forma integral de las acciones en salud para el primero y segundo nivel de atención”* establecida por el hospital para dar cumplimiento al objetivo corporativo *“Administración y gestión integral para la Salud – Garantizar la prestación de servicios Integrales de salud de I y II nivel”*; si se identifica con el programa, ya que un modelo de atención basado en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud es también el fundamento del programa Salud al Colegio.

El Programa Salud al Colegio es una alianza intersectorial liderada por las secretarías de salud y de educación con el propósito de implementar al interior de las instituciones educativas del distrito, procesos de salud escolar que promuevan la participación de las comunidades educativas, potenciando el papel de la escuela como espacio de producción de una cultura de la salud, la convivencia, el autocuidado y el afecto, en el marco de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud.

El Programa salud al colegio se sustenta en los procesos de promoción de la calidad de vida en el ámbito escolar respondiendo a las políticas de Salud y Educación en Infancia y Juventud.

Los procesos desarrollados en el marco de la iniciativa Salud al Colegio están orientados conforme a las características particulares de cada una de las poblaciones abordadas en las unidades de trabajo: Niños, niñas y jóvenes que a pesar de estar escolarizados permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales que es necesario caracterizar teniendo en cuenta las particularidades del barrio, la UPZ o la institución educativa sujeto de la intervención. 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 Sustancias Psicoactivas (SPA), la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la discapacidad, el trabajo infantil y la desnutrición.

El programa Salud al Colegio se ha desarrollado mediante la ejecución de los contratos de compraventa de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública No. 732 de 2008 (ejecución del 1 de agosto 2008 al 31 de marzo de 2009), 620 de 2009 (ejecución del 1 de abril 2009 al 31 de enero de 2010) y 015

de 2010 (ejecución del 1 de febrero al 31 de diciembre), de la siguiente manera para las vigencias 2009 y 2010:

**CUADRO 10  
RECURSOS AMBITO ESCOLAR - PROGRAMA SALUD AL COLEGIO  
VIGENCIAS 2009 – 2010**

Cifras en millones de pesos

Contratos	Periodos de ejecución	Vigencia 2009	Vigencia 2010	% Incremento
732/2008	Ener/09	75.1		
	feb-mar/09	230.5		
620/09	Abril/09-Ener/10	889.5		
115/10	Feb-Dic/10		1.280.5	
<b>Valor total contratado por vigencia</b>		<b>1.195.1</b>	<b>1.280.5</b>	<b>7%</b>

Fuente: Oficina Salud Publica

Como se puede observar en el cuadro anterior, a la fecha del presente informe, la SDS ha contratado con el hospital \$1.280.5 millones, mediante el contrato 015 de 2010, para la ejecución del programa Salud al Colegio durante la vigencia 2010, observando un incremento en el valor de la contratación del 7% en esta vigencia con respecto a la vigencia 2009, la cual correspondió a \$1.195.1 millones, mediante los contratos 732 de 2008 y 620 de 2009, es decir, los recursos para este programa en la vigencia 2010 ya se han incrementado en un 7% a la fecha.

**CUADRO 11  
EJECUCIÓN CONTRATO 732 de 2008  
(1 de agosto 2008 al 31 de marzo de 2009 para el ámbito Salud a su casa)  
AMBITO ESCOLAR – PROGRAMA SALUD AL COLEGIO**

Cifras en millones de pesos

Valor Total Contratado	713.0
Valor total Facturado	713.0
Valor glosa definitiva	7.3
Valor ejecutado	705.7
Porcentaje de ejecución	98,97%

Fuente: Oficina Salud Publica

Como se puede evaluar en el cuadro anterior, se presenta un resultado satisfactorio del 98,97% en la ejecución del contrato 732 de 2008 en lo correspondiente al Programa Salud al Colegio. Este contrato a la fecha no ha sido liquidado.

**CUADRO 12  
EJECUCIÓN CONTRATO 620 de 2009  
(1 de abril 2009 al 31 de enero de 2010)  
AMBITO ESCOLAR – PROGRAMA SALUD AL COLEGIO**

Cifras en millones de pesos

Valor Total Contratado	889.5
Valor total Facturado	917.6
Sobre ejecución	28.1
Valor glosa definitiva	24.0
Valor ejecutado	893.6
Porcentaje de ejecución	104%

Fuente: Oficina Salud Pública

Como se puede evaluar en el cuadro anterior, se presentó una sobreejecución del 104% en la ejecución del contrato 620 de 2009 en lo correspondiente al Programa Salud al Colegio.

2.2.2.1 Al evaluar el valor contratado para el Programa Salud al Colegio (\$889.5 millones) y el valor facturado por el mismo contrato (\$917.6 millones), tal como se puede observar en el cuadro No 12; se observa una diferencia de \$29.1 millones que corresponde a una sobreejecución de lo facturado frente al valor pactado en el contrato, lo cual determina un nivel de incertumbre en la ejecución real de los recursos presupuestales que fueron asignados al mismo, evidenciándose fallas de seguimiento, control y monitoreo a la ejecución financiera del contrato lo que pone en riesgo la adecuada administración de los recursos públicos en contravención a lo establecido en el literal a) artículo 2 de la LEY 87 de 1993.

**CUADRO 13  
RESUMEN EJECUCIÓN AMBITO ESCOLAR  
- PROGRAMA SALUD AL COLEGIO  
PRIMER SEMESTRE 2010**

Cifras en millones de pesos

Total contratación 2010	1.280.5
Total facturación bruta	607.0
Porcentaje de ejecución Vigencia 2010	47%

Fuente Salud Pública

Al evaluar el valor contratado para la vigencia 2010, correspondiente a \$1.280.5 millones y la facturación generada en el primer semestre del mismo, en cuantía de \$607.0 millones, se puede observar una buena ejecución del contrato 015 de 2010 en lo correspondiente al programa Salud al Colegio del 47% en este primer semestre.

**CUADRO 14  
CUADRO COMPARATIVO GASTOS PERSONAL – COSTOS GENERALES Y UTILIDAD DEL  
AMBITO ESCOLAR – PROGRAMA SALUD AL COLEGIO**

Cifras en millones de pesos

Vigencia	Gastos personal	Costos totales (Suministros, Gastos Personal, Insumos)	Facturación al F.F.D.S	Utilidad
----------	-----------------	---	------------------------	----------

		<b>hospitalarios, Costos Administrativos, Otros)</b>		
PRIMER SEM 2009	335.7	446.6	528.5	81.9
PRIMER SEM 2010	435.5	516.2	607.0	90.7
VARIACIÓN 2010/2009	30%	16%	15%	11%

Fuente: Oficina Salud Publica

Se presenta utilidad de \$90.7 millones en la ejecución del programa del ámbito escolar en el primer semestre del año 2010, con un incremento del 11% con respecto al mismo periodo en la vigencia 2009, que correspondió a una utilidad de \$81.9 millones. No obstante, la facturación se incremento en el primer semestre del 2010 en un 15%, la utilidad no se comportó de la misma manera, lo cual se atribuye a un incremento del 30% en los costos del personal al pasar de \$335.7 a \$435.5 millones.

Con respecto a la glosa definitiva generada en la ejecución de los contratos 732 de 2008 y 620 de 2009, se cuantificó para el programa Salud al Colegio un valor total de \$38.1 millones para la vigencia 2009, lo cual equivale a un bajo porcentaje de glosa del 3% de la facturación radicada en la misma vigencia.

A continuación se detalla la glosa definitiva y los motivos que podría generar un presunto detrimento, en cuantía de \$6.7 millones, correspondiente al programa Salud al Colegio obtenida a la fecha del presente informe mediante la ejecución de los contratos Interadministrativos 732 de 2008 y 620 de 2009.

**CUADRO 15**  
**VALOR GLOSA DEFINITIVA CON PRESUNTO DETRIMENTO**  
**PROGRAMA SALUD AL COLEGIO**

Cifras en pesos

No CONTRATO	PERIODO	CODIGO DE LA GLOSA	MOTIVO	VALOR	FECHA DE CERTIFICACIÓN
732 de 2008	Septiembre – 2008	G4	PRESENTACIÓN PARCIAL DE SOPORTES	444.582	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Octubre – 2008	G4	PRESENTACIÓN PARCIAL DE SOPORTES	370.485	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Diciembre – 2008	G1 Y G4	GLOSA POR CALIDAD Y PRESENTACIÓN PARCIAL DE SOPORTES	647.114	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Enero – 2009	G1 y G4	GLOSA POR CALIDAD Y PRESENTACIÓN PARCIAL DE SOPORTES	671.813	24 de Junio de 2009
732 de 2008	Febrero- 2009	G4	PRESENTACIÓN PARCIAL DE SOPORTES	4.544.616	20 de Agosto de 2009

No CONTRATO	PERIODO	CODIGO DE LA GLOSA	MOTIVO	VALOR	FECHA DE CERTIFICACIÓN
	<b>TOTAL</b>			<b>6.678.610</b>	

Fuente: Oficina Salud Publica

2.2.2.2 En desarrollo de la auditoria especial al programa Salud al Colegio durante la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, se evidenció glosa definitiva que podría generar un presunto detrimento en cuantía de \$6.7 millones cuando se realice la liquidación de los contratos Interadministrativos 732 de 2008 y 620 de 2009. Esta glosa ha sido certificada y notificada a la fecha por la firma HAGGEN AUDIT LTDA, Auditores y Consultores en Salud, contratada por la SDS para realizar la interventoria de los contratos del PIC. Lo anterior, sobreestima la cuenta de deudores y subestima la cuenta de ingresos de la vigencia 2009, en la misma cuantía, incumpliendo con lo establecido en el numeral 6, capítulo XIII, título II del manual de procedimientos contables adoptado mediante Resolución 356 de 2007, expedida por el Contador General de la Nación.

El programa Salud al Colegio se ejecuta a través de un portafolio que contempla los siguientes ítems:

Categoría: **Ámbito Escolar,**

Componente: Instituciones Educativas Promotoras de Salud en colegios y jardines PDA o Transversalidades: 1. Gestión, 2. Equipos Básicos de SAC por Unidad Territorial, 3. SSR, 4. Salud Mental, 5. Promoción de la actividad Física, 6. Salud Oral, 7. Respuesta a eventos que afectan el desarrollo de la autonomía, 8. Salud sexual y reproductiva, 9. Seguridad alimentaria y nutricional, 10. Discapacidad, 11. Salud visual. 12. Universidades, 13. Estrategias infancia, 14. Ambiente.

Se establecen una serie de acciones con sus respectivos productos y unidades de intervención mediante las cuales se programa y factura la gestión del proyecto, en desarrollo de lo pactado en los contratos Interadministrativos de compraventa de acciones del Plan de Salud Publica de Intervenciones Colectivas PIC del Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital suscritos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital Fontibon.

Con el fin de optimizar los tiempos de los equipos y de fortalecer los vínculos con las comunidades educativas – particularmente con los docentes y directivos- se operara en cada localidad, a través de equipos que tendrán una cobertura de 12 sedes en promedio y que constituyen una unidad micro territorial.

Estos equipos tienen una estructura operativa que permite responder a los objetivos del ámbito de gestionar el territorio para posibilitar la integralidad de las

acciones, contribuir a la construcción de una cultura de la salud en las instituciones educativas y facilitar el acceso a los servicios, a través de procesos desplegados por niveles.

Colegios. En la localidad Fontibon hay en total 123 colegios, de los cuales 10 son Distritales (públicos), 108 privados y 5 son en Convenio con la SDS (colegios privados con niños de bajos recursos, con recursos de la SDS)

Cada microterritorio o unidad territorial esta compuesto por 12 sedes. La unidad de medida son las sedes.

Para la Localidad de Fontibon fueron establecidos 2 microterritorios, que corresponden a 24 sedes, 14 colegios. De este total corresponde a 10 colegios públicos, 3 de convenio y 1 privado.

Por lo anterior, la cobertura del programa en la localidad con respecto al No. de colegios es del 11,38%

Teniendo presente que la población objeto de este programa esta dirigida a población pobre y vulnerable; la cobertura estaría en el 100% al cubrir todos los colegios públicos de la localidad que corresponden a 10. Sin embargo, los colegios en convenio (5 en total para la localidad), también formarían parte de la población objeto, de manera, que la cobertura de colegios públicos y en convenio, es decir, la cobertura de la población objeto del programa es del 86,66%.

Jardines Infantiles. En la localidad de Fontibon están identificados 40 jardines Infantiles, de los cuales están abordados por el programa 11, siendo 3 son del ICBF (Nivel Nacional), 5 son privados y 3 de la SDIS – Secretaria Distrital de Integración Social (Nivel Distrital).

Por lo anterior, la cobertura del programa en la localidad, con respecto al No. de jardines es del 27,5%.

Con respecto a los ciclos vitales y la población de la localidad, se puede establecer:

La cobertura del programa salud al colegio con respecto al ciclo vital infancia de 0 a 12 años correspondiente a 77.962 niños de la localidad de Fontibon, el programa Salud al colegio llega a 21.096 niños, lo que representa una cobertura del 27%.

La cobertura del programa salud al colegio con respecto al ciclo Vital Juventud, de 12 a 26 años correspondiente a 85.196 jóvenes de la localidad de Fontibon, el programa Salud al colegio llega a 7.000 jóvenes, lo que representa una cobertura del 9%. Esta cobertura es muy baja teniendo en cuenta que el ciclo vital registra

jóvenes hasta los 26 años mientras que el programa en los colegios contempla jóvenes hasta los 17 años.

La cobertura del programa salud al colegio con respecto al ciclo Vital Adultos, de 26 a 60 años correspondiente a 137.117 adultos de la localidad de Fontibon, el programa Salud al colegio llega a 2.880 adultos (1.074 docentes y 1.806 padres), lo que representa una cobertura del 11%.

**CUADRO 16**  
**INFORME DE GESTION Y FACTURACIÓN 2009 - AMBITO ESCOLAR –**  
**PROYECTO SALUD AL COLEGIO (624)**

PDA O TRASVERSALIDAD	ACCIÓN	Meta Programada año	PRODUCTO	Meta Ejecutada año	ESTADO INDICADORES 2009
GESTION	Coordinación del programa por ESE	12	Plan de acción implementado con equipos estructurados	12	N° colegios con planes de respuesta integral / N° colegios vinculados al proceso = 14 Colegios / 14 Colegios = 100%. N° colegios con grupo gestor / N° colegios vinculados al proceso = 9/14= 67% Colegios con grupo gestor conformado / Colegios vinculados al proceso = 14/14 = 100% porcentaje docentes vinculados a los grupos gestores = 79% Numero de directivos vinculados a los grupos gestores = 5 Porcentaje de orientadores(as) vinculados a los grupos gestores = 36% Número de estudiantes vinculados a los grupos gestores = 0 Número de padres y madres vinculados a los grupos gestores = 0
	Gestor territorial	2	Plan de acción de la unidad territorial	2	
EQUIPOS BASICOS DE SAC POR UNIDAD TERRITORIAL	Grupo de acciones promocionales: Acciones promocionales integradas de salud escolar	2	Diseño e implementación de acciones promocionales acordes a cada unidad territorial	2	N° colegios con acciones promocionales implementadas / N° colegios vinculados al proceso = 14 Colegios / 14 Colegios = 100% Número de docentes vinculados = 1071 Número de directivos vinculados = 14 Número de orientadores(as) vinculados = 30 Número de estudiantes vinculados = 8250 Número de padres y madres vinculados = 1034
	Acciones promocionales para el no uso abusivo de sustancias psicoactivas.	2	Diseño e implementación de acciones promocionales acordes a cada unidad territorial	2	Numero de sedes educativas con las estrategias implementadas en prevención del consumo de SPA. = 24 Numero de estrategias y metodologías implementadas en prevención del consumo de SPA = 9 Número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en prevención del consumo de SPA. = 4000
	Grupo de acciones promocionales: Plan Escolar de Salud Ambiental (PAESA)	2	Diseño e implementación de acciones promocionales acordes a cada unidad territorial	2	Numero de sedes educativas con las estrategias implementadas en la promoción de Ambientes Saludables. = 24 Numero de estrategias y metodologías implementadas en la promoción de Ambientes Saludables, en las IDEs. = 8 Número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en Ambientes Saludables. = 2000
	Grupo de acciones promocionales: Enfoque diferencial e inclusión social para NNA en situación de desplazamiento	2	Diseño e implementación de acciones promocionales acordes a cada unidad territorial	2	Niños, niñas y adolescentes identificados e intervenidos. = 20 Porcentaje de colegios con estrategias de inclusión de niños y niñas en condición de desplazamiento. 6 Colegios = 100%

Como se observa en el cuadro anterior, el hospital da cumplimiento a la ejecución de las metas para los equipos Básicos de Salud al Colegio por unidad territorial y

gestores, establecidas por contratación con la SDS y se han implementado los algunos indicadores de seguimiento establecidos en los lineamientos del programa salud al Colegio. Se observa que el hospital ha establecido acciones promocionales obedeciendo a las necesidades del territorio y sus propios indicadores como se puede apreciar con acciones promocionales orientadas al no consumo de sustancias psicoactivas en las 24 sedes del programa, con un resultado de 9 estrategias implementadas y un resultado de 4.000 niñas, niños, adolescentes y jóvenes capacitados y sensibilizados en prevención del consumo.

2.2.2.3 El Programa Salud al Colegio no ha implementado la totalidad de los indicadores establecidos por la SDS para las diferentes intervenciones de acuerdo con los lineamientos, toda vez que, en lugar de un porcentaje con base a un universo, presentan una cifra que no permite medir la magnitud de la acción, o están incompletos, lo que evidencia falta de control administrativo que limita la evaluación del alcance y beneficio real del proyecto, incumpliendo los lineamientos establecidos por la SDS y artículos 2, 4 y 8 de la Ley 87 de 1993..

Las inconsistencias en los indicadores expresadas anteriormente se observa en:

- Intervención Promoción de la alimentación saludable:

En lugar de “Porcentaje” de docentes incluidos en los encuentros de saberes, registraron “*número de docentes incluidos en los encuentros de saberes*”.

En lugar de Porcentaje de padres de familia incluidos en las acciones informativas en torno a la seguridad alimentaria y nutricional, registraron “*número de padres de familia incluidos en las acciones informativas en torno a la seguridad alimentaria y nutricional*”

En lugar de “Porcentaje” de niños y niñas cubiertos con acciones específicas en torno a la seguridad alimentaria y nutricional, registraron “*número de de niños y niñas cubiertos con acciones específicas en torno a la seguridad alimentaria y nutricional*”.

- En la Acción Desparasitación y suplementación micronutrientes (hierro) en jardines e IED (Institución Educativa Distrital) omiten el indicador Número de niños y niñas con esquema completo de suplementación/total número de niños y niñas definidos en la meta por localidad X100.

- En la Intervención Salud Visual y Auditiva omiten los seis indicadores establecidos por la SDS para la vigencia 2009.

- En la Intervención Estrategias de Infancia esta incompleto el indicador Número de jardineras convocadas para curso de formación en AIEPI X 100: 49 /

- En la Intervención Salud mental de promoción del buen trato, el indicador esta incompleto: Número de guías diligenciadas / Número de guías programadas: 22

- En Seguridad Alimentaria y Nutricional en la intervención Apoyo nutricional a las estrategias de atención a la infancia, los indicadores están incompletos.

A continuación se presentan los resultados alcanzados por el programa y su aporte a las metas distritales del Proyecto Salud al Colegio

**CUADRO 17  
METAS PLAN DE DESARROLLO PROGRAMA SALUD AL COLEGIO**

<p>Meta 01: Nombre: Cubrir 734 sedes de colegios, 310 jardines y 8 Universidades o IES cubiertos por el Programa Salud al Colegio.          Descripción: Promover la calidad de vida y salud de las comunidades educativas, desarrollando respuestas integrales a las necesidades sociales.          Unidad de medida: Sedes de colegios, jardines y universidades o IES cubiertos por el Programa Salud al Colegio.</p> <p>-Ejecutado Hospital Fontibón: Se cubren 10 Instituciones educativas Distritales con 22 Sedes y 5 sedes de colegios en convenio con el distrito. 11 Jardines. Se cubre el 100% Instituciones Públicas locales.</p>
<p>Meta 02: Nombre: 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 sustancia psicoactivas.          Descripción: Aportar a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario escolar mediante la promoción de la salud mental integral.          Unidad de medida: Política distrital implementada.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se realizan acciones promocionales con las comunidades escolares con el fin de fortalecer los patrones de conducta protectores que prevengan el consumo.</p>
<p>Meta 03 Nombre: Fortalecer la línea amiga de niños, niñas y adolescentes 106 (Atención 24 horas)          Descripción: Aportar en el aumento de niños, niñas y jóvenes escolarizados promoviendo y usando la línea 106.          Unidad de medida: Grupos promotores de la línea 106.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se trabaja con los ciclos de primaria en los diferentes cursos promoviendo la línea y el uso de la misma.</p>
<p>Meta 04. Nombre: A 2012 haber implementado el programa de promoción de actividad física en los ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital.          Descripción: Contribuir a la participación de niños, niñas y jóvenes escolarizados en</p>

<p>programas de actividad física Unidad de medida: Programa formulado e implementado con participación intersectorial.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se aporó en el 2009 a implementar el programa de actividad física en 16 sedes de la localidad en los niños de primaria y secundaria. Se promovió la participación directa de más de 5.000 niñas y niños de la localidad.</p>
<p>Meta 05. Nombre: A 2012 tener implementada la política de Discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables y la inclusión de esta población de acuerdo al Plan de Acción (Línea de base: 5%. Fuente: DANE 2005). Descripción: Desarrollo de acciones promocionales, preventivas y de atención a la población escolarizada con limitaciones transitorias y definitivas. Unidad de medida: Porcentaje de implementación de la política distrital de acuerdo al Plan de Acción.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: En el 2009 se trabajó con las 24 sedes de la localidad en la prevención de problemas que conlleven a la discapacidad en los niños y niñas de los cursos de primaria. Aplicación de la prueba tamiz que permitió identificar.</p>
<p>Meta 06. Nombre: A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI. Descripción: Desarrollo de la estrategia AIEPI en jardines del Programa Salud al Colegio Unidad de medida: Estrategias para la atención infantil implementadas.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: En el 2009 se trabajó la estrategia AIEPI en 11 jardines de la localidad. Se desarrolló la estrategia favoreciendo a 1160 niños y niñas</p>
<p>Meta 07. Nombre: A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad. Descripción: Aumentar la práctica de la lactancia materna en adolescentes lactantes escolarizadas. Unidad de medida: Proceso de acompañamiento diseñado e implementado dirigido a adolescentes lactantes.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se apoyó la adherencia a la lactancia materna 29 gestantes adolescentes escolarizadas.</p>
<p>Meta 08. Nombre: Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes. (meta del acuerdo por el cual se aprueba el plan de desarrollo) Descripción: Apoyar en la prevención del intento y de suicidio consumado en niños, niñas y jóvenes escolarizados. Unidad de medida: Estrategia promocional de salud mental para la prevención del intento y del suicidio consumado.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se realizaron acciones colectivas en 23 sedes de la localidad para prevenir conducta suicida en la comunidad. Se realizó notificación de 23 niñas, niños y adolescentes para evitar suicidios consumados. Por cada uno de los grupos trabajados se</p>

<p>realizaron acciones promocionales y preventivas en salud.</p>
<p>Meta 9. Nombre: Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)          Descripción: Aportar a la disminución del embarazo en adolescentes, a través de la articulación, coordinación intersectorial y el desarrollo de estrategias pedagógicas que movilicen imaginarios sociales.          Unidad de medida: Estrategia pedagógica integral implementada.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se desarrollaron acciones promocionales que favorecieron directamente a más de 10.000 estudiantes de bachillerato y primaria ambas jornadas, movilizandole la estrategia que tu primer amor sea tu amor propio y fortaleciendo toma de decisiones, desarrollando pensamiento crítico hacia los proyectos de vida y autocuidado y autoestima.</p>
<p>Meta 10. Nombre: Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años.          Descripción: Aportar a la disminución del embarazo en adolescentes, a través de la articulación, coordinación intersectorial y el desarrollo de estrategias pedagógicas que movilicen imaginarios sociales.          Unidad de medida: Estrategia pedagógica integral implementada.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se realizó identificación de 69 adolescentes gestantes adolescentes y se les realizó asesoría para la prevención de un segundo embarazo. Se realizó identificación de 69 adolescentes gestantes adolescentes y se les realizó asesoría para la prevención de un segundo embarazo. Se desarrollaron estrategias de circuitos lúdicos, cineforos, discóforos, diplomado a padres y articulación con la UNFPA.</p>
<p>Meta 11. Nombre: Aumentar en 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual.          Descripción: Promover la denuncia y la identificación de situaciones de violencia intrafamiliar y violencia sexual, mediante la implementación de metodologías de promoción de la salud mental, apoyándose en el trabajo intersectorial para canalizar a redes de apoyo.          Unidad de medida: Estrategias de promoción de la salud mental implementadas.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se promovió la denuncia de 119 casos entre violencia familiar, sexual y maltrato infantil. Se realizaron la socialización de las rutas de denuncia y se canalizaron los diferentes casos a vigilancia. Utilización de la estrategia de socialización de las rutas de atención y Línea 106.</p>
<p>Meta 12.          Nombre: Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer (Línea de Base 12.1% 2006 Fuente: Sistema de Vigilancia Estadísticas Vitales SDS)          Descripción: Desarrollar acciones para el aumento de la cobertura en desparasitación y suplementación con micronutrientes, incluyendo a las personas de alta vulnerabilidad, no afiliados al SGSSS, acompañadas por proceso de seguimiento a estas actividades en las mujeres gestantes y niños lactantes especialmente.          Unidad de medida: individuos.</p>

<p>Ejecutado Hospital Fontibón: Desde los colegios suplementaron 4.500 niños de 6 a 11 años y 2.500 niños de jardines menores de 5 años, para un total de 7.000 niños suplementados.</p> <p>Vitamina A por parte de Salud al Colegio, a 2.992 niños menores de 5 años en jardines.</p>
<p><b>Meta 13</b> Nombre: A 2012: Incrementar en un 25% la cobertura del Programa de Salud Oral (fluor, sellantes, control de placa y detartraje) en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo. Descripción: Desarrollar estrategias de promoción en salud oral. Unidad de medida: Sedes de colegios.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se Mejoro la calidad de cepillado de 12. 431 niños y niñas participantes del proceso de salud oral, evidenciado en la disminución del porcentaje de placa bacteriana entre el primer y segundo monitoreo de aproximadamente el 5%. Se oriento a 360 adultos en las técnicas de cepillado como gestores e impulsores de los hábitos en los niños y niñas. Unidad de medida: en 22 sedes de la localidad.</p>
<p><b>Meta 14</b> Nombre: A 2012: Monitorear la reducción de desnutrición global en niños menores de 5 años. Descripción: Desarrollar acciones para el aumento de la cobertura en suplementación con micronutrientes en niños y niñas menores de 14 años, acorde a la resolución 0657 de 1998. Unidad de medida: Niños suplementados</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Se desarrollo suplementación a 2500 niños y niñas de los jardines Infantiles con vitamina A y Sulfato ferroso. Se realiza desparasitación y suplementación con Hierro a 7000 niños y niñas menores de 14 años de las diferentes sedes Distritales y de convenio de la localidad. Unidad de medida: 7000 en total.</p>
<p><b>Meta 15</b> Nombre: A 2012: Implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital Descripción: Desarrollar estrategias que conlleven a la implementación de la política a través de los tres ejes de acción: gestión, entornos saludables y vigilancia sanitaria. Unidad de medida: Sedes de colegios.</p> <p>Ejecutado Hospital Fontibón: Durante el 2009 se realizaron acompañamientos a los proyectos ambientales de los colegios favoreciendo el desarrollo de acciones de educación ambiental desde los PRAES. Unidad de medida: 23 sedes.</p>
<p><b>Meta 16</b> Nombre: A 2012: Se habrán generado procesos con participación social en salud en el 100% de los ámbitos de vida cotidiana Descripción: Acciones para la promover la participación de todos los actores sujetos del proyecto en sus estrategias y actividades. Unidad de medida: Sedes de colegios</p>

Ejecutado Hospital Fontibón: durante el 2009 se realizó procesos de formación a los niños personeritos de 12 sedes con el fin de favorecer los procesos de participación en la IED.

Fuente: Salud Publica Hospital Fontibon

Las acciones o intervenciones que soportan estas metas fueron ejecutadas en un 100% por parte del hospital con base a las metas programadas en los contratos 732 de 2008, 620 de 2009 y 015 de 2010.

De acuerdo con las acciones y resultados presentados por el hospital en el Programa Salud al Colegio respecto a problemáticas sensibles para la comunidad y la opinión pública, se observó:

Como estrategias para el desarrollo de acciones promocionales en el componente de prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), se vienen adelantando algunas estrategias lúdico-pedagógicas y comunicativas: Red de la amistad, piezas comunicativas, caja de regalos, espacios conversacionales en el tema de SPA, creación y fortalecimiento de los comités de SPA, abordaje de los estudiantes que presentan un alto riesgo de consumo de SPA y trabajo con los padres de familias. Además se ha participado, en articulación con los demás componentes del programa en actividades de carácter masivo como: Festivales de la nutrición y la actividad física, convivencias y jornadas con docentes. La cobertura para la vigencia 2010 es de 2.425 jóvenes, 1097 hombres y 1.328 mujeres.

Mediante el Sistema Ventana de Centros de Tratamiento VESPA se obtuvo para la localidad de Fontibon sobre el abuso de sustancias psicoactivas la siguiente información:

Vigencia 2009 de enero a octubre: Hombres: 24 Mujeres: 15 Para un total de 39 personas

Vigencia 2010 enero a octubre: Hombres: 27 Mujeres: 8 Para un total de 35 personas.

En el componente de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), fueron implementadas aproximadamente 11 acciones de promoción por cada uno de los 14 colegios, abordadas de acuerdo con las edades, como periódico mural, lecturas de apoyo, juegos con relación a los derechos sexuales y al autocuidado, jornada de la sexualidad, diplomado a padres y madres, cine foros, periódico escolar para niños y jóvenes entre los 9 y 19 años.

La cobertura para la vigencia 2009 fue de 3720 niños, niñas y jóvenes, de los cuales el 58% son mujeres y el 42% son hombres

La intervención acompañamiento y/o seguimiento a las adolescentes gestantes y lactantes de las IED se realiza mediante un proceso de articulación entre SSR y Gestantes, a partir de los grupos focales organizados. Informa el hospital que ha sido productivo para indagar detalladamente lo que ocurre en la localidad respecto al embarazo adolescente. Este proceso se orienta a establecer estrategias desde lo encontrado en las entrevistas lo cual puede hacer más eficaz la prevención del embarazo adolescente y la promoción de la toma de decisiones responsable frente a la vida sexual en este periodo. Los embarazos en adolescentes han presentado la siguiente variación: 2005: 98, 2006: 99, 2007: 79 y 2008: 61. Para la vigencia 2009 se registraron 52 gestantes, 6 posparto y 14 lactantes en 11 Instituciones Educativas.

El proceso de seguimiento y monitoreo de metas en el Ámbito Escolar no tiene estructurado un sistema único de información, los registros se elaboran de manera sistemática en el aplicativo distrital SISPIC, el cual permite el registro mensual de la información de cada intervención. La información de cada Intervención es digitada por cada uno de los referentes, lo que implica un riesgo por manipulación múltiple de información.

Finalmente, se concluye que el programa Salud a su Casa del hospital Fontibon en la vigencia 2009 y primer semestre del 2010 ha presentado una gestión organizada, una buena utilización de sus recursos y una excelente ejecución contractual, con debilidades en la implementación de algunos indicadores y una buena adopción del sistema de información SISPIC y APS en línea.

### 2.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento del Hospital Fontibon suscrito con la Contraloría de Bogotá, con corte a junio 30 de 2010 contempla 47 observaciones con 60 acciones de mejoramiento, distribuidas así:

34 observaciones formuladas en el informe de auditoria Gubernamental con enfoque Integral, modalidad Regular, PAD 2009, realizada a la vigencia 2008 y 13 observaciones que permanecen abiertas de la auditoria Gubernamental con enfoque Integral, modalidad Especial a los procesos de Facturación, Cartera y Contratación, PAD 2008, realizada a la vigencia 2007 y primer semestre del 2008. Realizado el seguimiento y verificación del Plan de Mejoramiento con base a la Resolución Reglamentaria 014 del 12 de mayo de 2010, se calificaron con 2 y se cerraron 44 observaciones por haber cumplido con las acciones comprometidas por la entidad (ver anexo 4.2), las cuales deberán ser retiradas del Plan de Mejoramiento por parte del Hospital Fontibon; quedan abiertas tres (3) observaciones por ejecución parcial, correspondientes a los numerales 3.3.2; 3.3.3 y 3.3.4, cuyo tiempo para su ejecución se encuentra vencido, por lo que deberán

ser incluidas en el Plan de Mejoramiento consolidado con un plazo máximo de ejecución de 60 días.

Con base a la evaluación realizada del Plan de Mejoramiento del hospital con sus 60 acciones correctivas, se obtuvo un total de 115 puntos, que corresponde a una calificación de 1.91 y un rango de cumplimiento del 95.8%

### **3. ACCIONES CIUDADANAS**

El objetivo general de la oficina de atención al usuario es apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios del hospital y ofrecer en forma oportuna dentro de los términos de ley concordante con el Código Contencioso Administrativo, las respuestas a los derechos de petición, quejas, reclamos, sugerencias, inquietudes y felicitaciones presentadas ante el hospital. Conlleva realizar un adecuado seguimiento para establecer la satisfacción del usuario, por la respuesta entregada y que ayuda a detectar posibles falencias en el ejercicio de los deberes y derechos, la participación social y todo lo relacionado con las comunidades.

3.1. Efectuada la evaluación a la relación de peticiones, quejas y reclamos, reportada en el formulario 3700 CB-0405, por el Hospital de Fontibón a través del aplicativo SIVICOF, durante las vigencias 2009 y primer semestre de 2010, se evidencio que la misma no fue presentada en forma completa, al evidenciarse un total de 1.500 peticiones, quejas y reclamos en la rendición de cuentas a la Contraloría, frente a lo verificado en físico de 1.533, en la Oficina de Atención al Usuario del mismo Hospital, por deficiencia en planes, procedimientos y mecanismos de verificación y control de las áreas responsables, lo que conlleva a que no se asegure la oportunidad y confiabilidad de la información, como se detalla a continuación:

**CUADRO 18**  
**COMPARATIVO RELACIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS SIVICOV**  
**FRENTE A LO REPORTADO OFICINA ATENCION AL USUARIO**

TIPOLOGIA	REPORTE SIVICOF	REPORTE ATENCIÓN AL USUARIO
FELICITACIONES	153	153
QUEJA	380	384
RECLAMO	771	765
SUGERENCIAS	86	74
SOLICITUD	61	58
DERECHOS DE PETICION	65	17
<b>TOTAL RELACION DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS</b>	<b>1.500</b>	<b>1.533</b>

Fuente: Información SIVICOF 2009-2010 y Oficina Atención al Usuario

Lo anterior, incumple lo establecido en el PARÁGRAFO 1, de la Resolución No. 34 de 2009, de la Contraloría de Bogotá. De igual forma, incumple con el Artículo 2º “Objetivos del Sistema de Control Interno”, literal e., de la Ley 87 de 1993, por lo que se constituye en un hallazgo administrativo por incumplimiento de la norma citada.

Es importante resaltar que durante el año 2009, no existía un programa definido para el control de los documentos que se radicaban, pero no obstante con la implantación del nuevo software “ORFEO”, a partir de octubre 26 de 2009, el sistema de radicación fue más confiable y organizado, pero aún persisten algunas inconsistencias para unificar las quejas, reclamos, derechos de petición y otros, al no tener articulado entre Gerencia y la oficina de Atención al Usuario, donde manejan estadísticas diferentes, como quedo descrito anteriormente, posiblemente al no estar en red con el sistema ORFEO, para retroalimentarse y manejar unificadamente una misma información entre estas dependencias.

Dentro de las acciones que la administración ha emprendido con el fin de disminuir el impacto en los usuarios de los servicios del hospital relacionados con quejas, derechos de petición y otros, está el promover al interior de la institución la cultura de humanización y socialización de todos los procedimientos que tiene el hospital y la capacitación del recurso humano.

Específicamente, para los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio no se presentaron quejas, reclamos ni derechos de petición. Se puede asociar esta situación a la interrelación de la población de las zonas marginales de estratos 1, 2 y 3 con el hospital, a través del recurso humano que ejecuta los programas y hace constante presencia en estos sectores vulnerables de la localidad.

### **3. ANEXOS**

**ANEXO 4. 1**  
**CUADRO DE HALLAZGOS**

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (Millones \$)	REFERENCIACION		
			2.1.1	2.1.2	2.1.3
ADMINISTRATIVOS	10		2.2.1.1	2.2.1.2	2.2.1.3
			2.2.2.1	2.2.2.2	2.2.2.3
			3.1		
CON INCIDENCIA FISCAL	-	N.A			
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	-	N.A.			
CON INCIDENCIA PENAL	-	N.A			

## 4.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regulador, Vigencia Ciclo II 2009	3.2.1.1	Evaluada la gestión ambiental ejecutada por la Entidad durante la vigencia auditada el equipo auditor observó que hacia el segundo semestre de 2008 algunas actividades se vieron afectadas en su cumplimiento por falta de presupuesto lo cual ocasionó que no se suministrara oportunamente algunos insumos para la gestión de residuos hospitalarios, se presentaron fallas en el mantenimiento de básculas para residuos en todas las sedes, no se adelantaron gestiones para el lavado de tanques de agua sino hasta el primer trimestre de 2009, así mismo, no se atendieron las solicitudes de adecuación de sitios de almacenamiento de residuos como en el caso del ubicado en el Terminal de Transporte Terrestre y el CAMI II.	Dar cumplimiento a las actividades que no se realizaron en el año 2008 en los temas del lavado de tanques. Implementación del sitio de almacenamiento de residuos en el terminal terrestre para el mes de Octubre de 2009.	Lavado de tanques ----- No. de tanques con su respectivo mantenimiento / No de tanques existentes en la entidad.	Realizar el lavado y desinfección de tanques - Implementar el sitio de almacenamiento del Terminal Terrestre. Dar cumplimiento al 100%	Gestión Ambiental / Recursos físicos	Guillermo Murillo Angeez Gómez	Propios	20/09/2009	30/09/2009	El lavado de tanques de cami II se realizó en octubre de 2009, los otros centros fueron lavados en noviembre, cumpliéndose con la totalidad de tanques del hospital. Igualmente se programa para el mes de agosto un próximo lavado. En cuanto a las básculas se compraron nuevas para cada uno de los centros en el mes de diciembre. Los recipientes de residuos sólidos se entregaron en Cami II rotulados, los de los otros centros se entregaran en enero de 2010.	100		Se verificaron las actas de ejecución para el mantenimiento de los tanques, actuaciones realizadas en los meses de octubre y noviembre de 2009. Se cierra	C	2
AGEI Modalidad Regulador, Vigencia 2008,	3.2.1.2.	Por otra parte se evidencia que el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, y el	Adoptar por resolución mediante acto administrativo el plan de Gestión Institucional y el Plan de Gestión Integral de	Planes de Gestión Institucional. ----- - N° planes adoptad	Adopción mediante acto administrativo del 100% del PIGA Y PGRH y su plan de acción para el mes de Diciembre de 2009	Gerencia / Jurídica	Yidney García, Álvaro Galvis	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se adopto a través de Resolución de Gerencia el Plan de Gestión Integral de Residuos	100		Se verificó la resolución que adoptó el plan de gestión integral para residuos hospitalarios. Se cierra	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
Ciclo II 2009		Manual de Bioseguridad no se han adoptado mediante actos administrativos, igualmente se observa que el plan de acción 2008 no contempló actividades relacionadas con la gestión ambiental.	Residuos Hospitalarios.	os a través de actos administrativos/ total de Planes							Hospitalarios.					
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.1.3.	Los procesos establecidos no se desarrollan en su totalidad, permitiendo que la entidad asuma riesgos en la gestión y desarrollo de sus actividades. Igualmente se observa que algunas áreas realizaron modificaciones sin que estas fueran aprobadas, como lo evidenció en la auditoría, es decir, no se hace seguimiento y actualización del Manual de Procesos y Procedimientos. Incumpliendo con lo preceptado en La Ley 872 de 2003 Art. 4 literal g, h) y el Decreto 1537 del 2001 Art. 2.	Capacitar a los líderes de los procesos y subprocesos sobre desarrollo y apropiación de sus procedimientos así como divulgación de mecanismos para conseguir modificación y aprobación de cambios en el Manual de Procesos y Procedimientos.	Capacitación de Líderes en procesos -- No. líderes de procesos y subprocesos capacitados y evaluados en el desarrollo y operación de sus procesos / No total de líderes de procesos y subprocesos establecidos	A 31 de diciembre de 2009 se tendrá capacitado el 10% de los líderes de los procesos y subprocesos.	Calidad y control	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se realizó la socialización con los coordinadores y jefes de cada servicio o proceso, se envió oficio indicando la ruta donde se pueden consultar en la intranet las guías, manuales, protocolos, procedimientos y otra documentación relacionada a través del sistema. Igualmente en los ejercicios de socialización en las ULG se ha venido divulgado la ruta (link) para la consulta y aplicación por parte de los colaboradores.	100		Aparecen listados en la cual socializaron con funcionarios del hospital los mecanismos para consultar las rutas en Intranet los manuales y demás documentos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades... Se cierra	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.1.3.	Los procesos establecidos no se desarrollan en su totalidad, permitiendo que la entidad asuma riesgos en la gestión y desarrollo de sus actividades. Igualmente se observa que algunas áreas realizaron modificaciones sin que estas fueran aprobadas, como lo evidenciado en la auditoría, es decir, no se hace seguimiento y actualización del Manual de Procesos y Procedimientos. Incumpliendo con lo preceptuado en La Ley 872 de 2003 Art. 4 literal g, h) y el Decreto 1537 del 2001 Art. 2.	Realizar seguimiento y control al desempeño de los procesos y procedimientos institucionales.	Control de procesos y procedimientos Institucionales----- No. de procesos y subprocesos evaluados en el desempeño / No. total de procesos y subprocesos	Realizar evaluación y seguimiento al 80% de los Procesos y Procedimientos Institucionales con recomendaciones, planes de mejoramiento y seguimiento.	OGPA	Yaneth Sofía Rodríguez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se realizó la socialización con los coordinadores y jefes de cada servicio o proceso, se envió oficio indicando la ruta donde se pueden consultar en la intranet las guías, manuales, protocolos, procedimientos y otra documentación relacionada a través del sistema. Igualmente en los ejercicios de socialización en las ULG se ha venido divulgado la ruta (link) para la consulta y aplicación por parte de los colaboradores.	100		Aparecen listados en la cual socializaron con funcionarios del hospital los mecanismos para consultar las rutas en Intranet los manuales y demás documentos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades, se cierra la observación	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.1.4.	El Hospital mediante Resolución 0343 de 2008 adoptó el Plan de Administración de Riesgo, el cual debió contar con la verificación y el monitoreo de su cumplimiento por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Este plan no fue divulgado y las dependencias evaluadas en la muestra seleccionada no	Coordinar con los líderes la identificación y administración de los riesgos definidos en los procesos y subprocesos	Identificación de Riesgos----- No. líderes de procesos y subprocesos capacitados en la identificación y manejo de los riesgos de sus	Capacitar a 31 de diciembre de 2009 el 10% de los líderes de los procesos y subprocesos sobre identificación y administración de Riesgos.	Calidad y control	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Desde la actualización del mapa de procesos al final de la vigencia 2009, El Hospital realizo la caracterización de cada proceso a la cual le incluyó la identificación, priorización y plan de manejo de riesgos. El levantamiento	100		Aparecen listados para la socialización de los asistentes del hospital pero no se determina el % de alcance en la capacitación dada a los participantes. Se cierra la observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		realizan el seguimiento respectivo, ocasionando un riesgo alto para la entidad, incumpliendo la Resolución Interna 0343 de 2008, la Ley 87 de 1993, artículo 2 y el Decreto 1537 de 2001, artículo 4.		procesos / No total de líderes de procesos y subprocesos							de la información se realizó con el apoyo del líder del proceso y se validó en las jornadas de autoevaluación de los estándares de acreditación en el mes de marzo de 2010. Igualmente se socializó la política de seguridad del paciente durante el mes de junio de 2010.					
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.1.4.	El Hospital mediante Resolución 0343 de 2008 adoptó el Plan de Administración de Riesgo, el cual debió contar con la verificación y el monitoreo de su cumplimiento por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Este plan no fue divulgado y las dependencias evaluadas en la muestra seleccionada no realizan el seguimiento respectivo, ocasionando un riesgo alto para la entidad, incumpliendo la Resolución Interna 0343 de 2008, la Ley 87 de 1993, artículo 2 y el Decreto 1537 de 2001, artículo 4.	Realizar seguimiento y control a las actividades priorizadas por los líderes de los procesos y subprocesos tendientes a disminuir y mitigar los riesgos identificados.	Identificación de Riesgos-- No. líderes de procesos y subprocesos evaluados en el manejo de los riesgos de sus procesos / No total de líderes de procesos y subprocesos	Realizar evaluación y seguimiento al 80% de la administración de los riesgos de los procesos institucionales con recomendaciones, planes de mejoramiento y seguimiento.	O.G.P.A.	Yaneth Sofía Rodríguez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Desde la actualización del mapa de procesos al final de la vigencia 2009, El Hospital realizo la caracterización de cada proceso a la cual le incluyó la identificación, priorización y plan de manejo de riesgos. El levantamiento de la información se realizó con el apoyo del líder del proceso y se validó en las jornadas de autoevaluación de los estándares de acreditación en el mes de marzo de 2010.	100		EN LA ACTUALIDAD EL Hospital cuenta con un mapa de riesgos por cada una de los procesos y procedimientos, el cual se ha venido trabajando con cada uno de los responsables. Igualmente se encuentran los planes de mejoramiento levantados para subsanar los riesgos de mayor impacto para la institución. Lo anterior se documenta mediante actas de trabajo con cada responsable. Se cierra la observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
											Igualmente se socializó la política de seguridad del paciente durante el mes de junio de 2010.					
AGEI Modalidad Regulador, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.1.5.	Revisado el rubro presupuestal Sentencias Judiciales de la vigencia 2008, se estableció que el hospital en el mes de mayo, canceló \$69.4 millones, dando cumplimiento a la sentencia No 025 de 2007 del Juzgado Treinta y Uno (31); al verificar los motivos por los cuales se condenó al hospital se observó que la sentencia se produjo por la muerte de un menor de edad; la juez en el análisis del caso en uno de sus apartes afirma?el despacho observa que no se acreditaron los hechos que sirvieron de fundamento a la defensa del Hospital de Fontibón, puesto que no aponto pruebas ni desplegó actividad alguna tendiente a que se allegaran los medios de prueba necesarios para desvirtuar la imputación del daño a la Administración Pública, cosa que si hizo la parte demandante, pues el escaso material	En los casos en que se encuentre involucrado judicialmente el Hospital, la Asesoría Jurídica y su equipo de trabajo ejercerán las actividades y acciones dentro de los términos señalados por la Ley, asegurándose la adecuada defensa de los intereses de la Institución.	Procesos judiciales ----- N° de la Oficina Jurídica/ N° Total de procesos respondidos con oportunidad.	Dar respuesta oportuna y eficaz al 100% de los procesos judiciales atendidos por la Oficina Jurídica, evitando perjuicios para el Hospital.	Oficina Jurídica	Álvaro Galvis, Euclides Guerra	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Inicialmente se instaura acción de repetición contra los médicos que atendieron al menor en el juzgado 31 administrativo de Bogotá, de otra parte se encuentra el proceso para la notificación de los médicos. Igualmente se implemento el recorrido por los diferentes juzgados para verificar los diferentes estados de los procesos y realizar mensualmente un consolidado de la gestión.	100		El hospital presenta una relación de procesos actualizada al 20 de octubre de 2010, dentro de la cual se observa la acción de repetición contra Fernando García, actualmente el proceso esta en pruebas, toda vez que la demanda instaurada por el hospital fue contestada por la parte demandada, se cierra la observación.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		<p>probatorio que reposa en el plenario fue allegado por ella, en interés a demostrar la falla del servicio??Por lo anteriormente expuesto, no obstante, que la entidad el día 16 de diciembre de 2008 instauró una demanda de acción de repetición contra los presuntos responsables, se evidencia que el hospital en su debido momento por falta gestión administrativa no contó con una defensa eficiente y eficaz que le permitiera la protección de sus derechos, ocasionando un menoscabo en los recursos de la institución; incumpliendo lo establecido en el acuerdo 12 de 2005 expedido por la Junta Directiva del Hospital, por medio del cual se ajusta el manual de funciones y competencias laborales, en concordancia con el artículo 50 de la Ley 734 de 2002.</p>														

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.1.	La entidad no vela por su aplicación y cumplimiento de controles, como lo evidenciado en la auditoría adelantada a los soportes de la facturación con ECOCAPITAL para la recolección de los residuos hospitalarios de la vigencia 2008, se observó que los manifiestos que soportan la entrega de los residuos a ECOCAPITAL por cada centro, no se registra completa la información consignada en el formato, en algunos se evidenció que no tienen firmas de quien entrega los residuos por parte del personal de servicios generales; así mismo, en los formatos reporte diario de residuos RH1 no están firmados por el funcionario que diligencia la información así como del responsable de la consolidación de cada centro asistencial, dificultando el cruce de lo realmente pesado en el centro asistencial con lo facturado por ECOCAPITAL. Lo anterior, debido a que no se ha tenido en cuenta el levantamiento de	Realizar diligenciamiento completo tanto en los manifiestos de entrega de residuos a Ecocapital y otros y el diligenciamiento y consolidación de los RH1 en cada UPA y/o Sede, delegando responsable para la entrega de los residuos y consolidación de la información de los RH1.	Control de Residuos Hospitalarios--- Nº: Diligenciamiento completo de manifiestos / Nº de recolección que genere manifiesto	Realizar el diligenciamiento del 100% de los manifiestos y consolidación de RH1, delegando responsables para esta gestión	Comité de Gestión Ambiental / Recursos físicos	Angee Gómez, Guillermo Murillo	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se efectuó capacitación con el personal de servicios general para fortalecer el diligenciamiento del formato RH1, adicionalmente se vienen realizando auditorías selectivas para garantizar el adecuado control.	100		El hospital ha mejorado el seguimiento a los registros de pesaje realizando comparación entre los reportado en el RH1 y los manifiesto de recolección generados por la empresa de aseo, dicha actividad es realizada mensualmente y esta a carga del ing. PIGA. Se cierre observación.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		procedimientos donde se establezcan responsables en el diligenciamiento y control de la información relacionada con la gestión ambiental institucional.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.2.	En información secundaria, la entidad tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicados con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. Lo anterior infringiendo el artículo 20 de la Constitución Política de 1991, artículo 1 y 2 de la Ley 87 de 1993 y la Ley 594 de 2000.	Implementar un solo libro de radicación de correspondencia dentro de la institución, Realizar capacitación a los funcionarios respecto al manejo de la correspondencia y realizar el seguimiento para la implementación de ORFEO que será el software que se implementará dentro de la institución para el manejo y seguimiento de la correspondencia...	Control de correspondencia --- Registros de correspondencia generada y recibida/ Total de correspondencia.	60% de trazabilidad del manejo de la correspondencia para la gestión de la documentación al interior de la institución.	Subgerencia Administrativa y Financiera	Carlos Duran	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se implementó en un 100% el software y se encuentra en funcionamiento para el manejo de manejo de la gestión documental	100		Se verificó la implementación del software, ( ORFEO) en la gestión documental, el cual se encuentra implementado a partir del mes de octubre de 2009. Se evidencia que en la actualidad se encuentra en funcionamiento y permite la trazabilidad de cualquier tipo de documento que ingrese o salga de la institución. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.3.	El hospital genera espacios para incorporar observaciones y recomendaciones de evaluación ciudadana frente a la gestión institucional y la formulación de planes y programas. Igualmente promueve la participación de las veedurías sin que se conserve registro de las decisiones tomadas, no ha implementado un registro sistematizado de las observaciones de veeduría y grupos de control social, de acuerdo a lo contemplado en la Ley 489 de 1998, Art. 35 , literal a.	Documentar el proceso de ejercicio de control social en el Hospital Fontibon .	Proceso Documentado--- - Elaborar documento de ejercicio de control social del Hospital Fontibon E:S:E:	Proceso aprobado, socializado e implementado en un 100%.	Atención al Usuario y Participación Social	Gregorio Rodríguez Ordóñez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se documento el procedimiento de control social para dar cumplimiento a la Norma.	100		presentan la implementación de un registro sistematizado de las observaciones a la veeduría, en un cuadro del subproceso de participación social, se cierra la observación	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.3.	El hospital genera espacios para incorporar observaciones y recomendaciones de evaluación ciudadana frente a la gestión institucional y la formulación de planes y programas. Igualmente promueve la participación de las veedurías sin que se conserve registro de las decisiones tomadas, no ha implementado un registro sistematizado de las observaciones de veeduría y grupos de control social, de acuerdo a lo contemplado en la	Documentar el proceso de ejercicio de control social en el Hospital Fontibon .	Registro Observaciones de Veedores--- Total de observaciones sistematizadas/ Total de observación de los veedores	100% de observaciones de los veedores sistematizadas y con seguimiento	Atención al Usuario y Participación Social	Gregorio Rodríguez Ordóñez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se implemento el registro en medio magnético de las observaciones del ejercicio del control social.	100		presentan la implementación de un registro sistematizado de las observaciones a la veeduría, en un cuadro del subproceso de participación social, se cierra la observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		Ley 489 de 1998, Art. 35, literal a.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.4.	El hospital reactivó el Convenio Interinstitucional suscrito en Febrero de 2008, con la Superintendencia de Servicios Públicos, mediante el cual se dispuso la colaboración para la implementación y puesta en marcha del sistema de gestión documental ORFEO, en desarrollo de éste adquirió equipos como scanner, impresoras y un computador; a la fecha de la auditoría (junio de 2009) este sistema aún no está funcionando y en la actualidad los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión documental, además no existe sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada en cada una de las áreas, incumpliendo Los artículos: 4, literal i) de la Ley 87 de 1993, artículos 36 y 37 de la Ley 489 de 1998, Decreto 2145 de 1999 en los artículos 12 y 21, la Ley 594 de 2000.	Implementar el software de ORFEO acorde al cronograma establecido y ajustado.	Implementación ORFEO-- N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas según cronograma.	Implementación y puesta en marcha del sistema de gestión documental ORFEO a 31 de diciembre de 2009, al 60%	Planeación, Mercadeo y Sistemas	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se implementó en un 100% el software y se encuentra en funcionamiento para el manejo de la gestión documental	100		Se verificó la existencia y funcionalidad del software, el cual está operando funcionalmente, se cierra la observación.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.5.	A pesar de que la entidad cuenta con pagina Web, esta no está actualizada y se observa que algunos Links no funcionan, así por ejemplo en el de atención al usuario no se asigna numero de radicado en la observación presentada, lo cual no permite realizar el seguimiento a las respuestas que pueda dar a través de este medio, igualmente, no se observa instrucciones de trámites a seguir, la divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios y el listado de funcionarios, situación similar se presenta en el portal de contratación, por tanto incumple con lo normado en la Ley 962 de 2005.	Ajustar, conforme a las necesidades de actualización, el cronograma establecido para la página WEB.	Actualización pagina WEB--- N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas según cronograma.	Página WEB actualizada al 20% a 31 de diciembre de 2009.	Planeación, Mercadeo y Sistemas	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se habilito a la pagina Web el link de quejas y reclamos, con un consecutivo de radicación que es enviado a la oficina de atención al usuario y sistemas	100		Se verifico la existencia y funcionalidad del software, el cual esta operando en la base de datos para quejas y reclamos, se cierra la observación.	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.2.5.	A pesar de que la entidad cuenta con pagina Web, esta no está actualizada y se observa que algunos Links no funcionan, así por ejemplo en el de atención al usuario no se asigna numero de radicado en la observación presentada, lo cual no permite realizar el seguimiento a las respuestas que pueda dar a través de este medio, igualmente, no se observa	Modificar y Actualizar el módulo de quejas y reclamos conforme a lo establecido en la normatividad vigente.	Actualización modulo de quejas y reclamos ----- N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas según cronograma.	Módulo de quejas y reclamos estructurado a 31 de diciembre de 2009 en un 10%, su funcionamiento y operatividad se empezará en la vigencia 2010.	Atención al Usuario y Participación Social	Gregorio Rodríguez Ordóñez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se habilito a la pagina Web el link de quejas y reclamos, con un consecutivo de radicación que es enviado a la oficina de atención al usuario y sistemas	100		Se verifico la existencia y funcionalidad del software el cual esta operando en la base de datos para quejas y reclamos, se cierra la observación.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		instrucciones de trámites a seguir, la divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios y el listado de funcionarios, situación similar se presenta en el portal de contratación, por tanto incumple con lo normado en la Ley 962 de 2005.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.3.1.	La oficina de control interno cuenta con plan anual de auditoría, el cual no se ejecutó de acuerdo a lo programado, situación que pone en riesgo la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos misionales al igual que la verificación de las actividades, incumpliendo lo estipulado en la Ley 87 de 1993, Decretos 1826 de 1994 y 1537 de 2001.	Dar cumplimiento al cronograma de auditorías, en concordancia con el Plan de Gestión y el Plan Operativo de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol.	cumplimiento cronograma de Auditoría ---- N° de Auditorías Realizadas/ N° de Auditorías Programadas	Alcanzar por lo menos el 80% del Programa de Auditoría Anual.	O. G.P.A.	Yaneth Rodríguez, Carlos Herrera y Otro.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	La OGPA a la fecha cumple en un 100% su cronograma de actividades.	100		Se evidencia soportes y por tanto se verificará su cumplimiento, se cierra la observación.	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.2.3.2.	La entidad no tiene plan de mejoramiento por procesos el cual debe agrupar las acciones correctivas para subsanar posibles inconsistencias que puedan presentarse entre las metas fijadas para cada proceso y sus resultados en cada una de las dependencias de la entidad. Igualmente,	Articular con las áreas de Planeación, el grupo de Acreditación y la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol el 50% de los Planes de Mejoramiento Institucional, Individual y por Procesos, generados por las diferentes observaciones tanto de los Entes	Implementación de Planes de mejoramiento ---- N° Total de Planes de Mejoramiento implementados/ N° de planes	Dar cumplimiento al 50% de la Articulación de los Planes de Mejoramiento en las áreas de Planeación, Acreditación y OGPA.	Planeación, SSS, SAF, OGP A, Gerencia, Jurídica	Rubén Sáenz, Nancy Tabares, Carlos Duran, Álvaro Galvis, Rosa Edith Ortiz, Yidney García, Yaneth Rodríguez.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Los planes de Mejoramiento se encuentran articulados con la OGPA a través de las auditorías por procesos realizadas por el grupo de gestión de la calidad	100		Con base en los soportes presentados los documentos para los planes de mejoramiento se encuentran coordinados armónicamente. Se cierra.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		no se tienen planes de mejoramiento individuales que contengan las acciones de mejora a realizar por cada funcionario para el mejoramiento continuo en sus labores. Así mismo, estos planes deben tener estrecha relación con los resultados obtenidos por las auditorías que realiza la Oficina de Control Interno. Lo anterior contraviene lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales d) y f) y artículo 4 literales g) y j).	de Control Externos como los derivados del cliente Interno.	de mejoramiento generados												
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.1.	En la cuenta 11005 del Banco Davivienda cuenta corriente número 7369999813, se observa cheques pendientes de cobro por valor de \$29.4 millones, uno de ellos girado a Humana Vivir desde el 04/07/2008 por valor de \$146.000, incumpliendo el artículo 721 del Código de Comercio.	Continuar con los procesos de conciliación entre las áreas involucradas (cartera, contabilidad y tesorería), con el fin de detectar oportunamente las partidas pendientes de identificar, las cuales no deben superar los 90 días según directrices de los Entes de Control.	Conciliaciones ---- --- N° de conciliaciones Bancarias revisadas / Total de conciliaciones Bancarias Programadas.	98% de registros bancarios depurados	Tesorería, contabilidad y Cartera	Omaira Gutiérrez, Elizabeth Villabona, Lisbeth González	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Mensualmente se realizan las conciliaciones entre contabilidad y tesorería para subsanar estas situaciones	100		Mensualmente se realiza conciliación entre tesorería y contabilidad, las partidas pendientes cuentan con un plazo de 90 días máximo para ser actualizadas. Conciliar. Observación subsanada	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.2.	Verificado el estado de cartera a diciembre de 2008 por edades se evidenció que existen facturas sin radicar por un valor de \$51.5 millones, tal como se puede verificar, los pagadores de mayor deuda al hospital	Efectuar las modificaciones necesarias para la aceptación de estas cuentas en el Fosyga, incluyendo el proceso de revisión de facturas el cual se reforzó a partir del mes de mayo de 2009 y el aspecto legal, con	Control facturación---- Total de cuentas radicadas del Fosyga en el mes / Total de servicios	Garantizar la radicación del 98% de estas cuentas ante el Fosyga.	Facturación, Cartera, coordinación Financiera	Luz Analida y Lisbeth González Flórez, Elizabeth Ariza.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se viene efectuando la revisión del procedimiento para soportar las cuentas pendientes por facturar de los distintos pagadores encontrándose a mayo 31 de	50		Se evidencia las diferentes acciones implementadas por el Hospital para subsanar los hallazgos evidenciados, entre otros podemos mencionar la radicación de las cuentas pendientes de cobro al FOSYGA	A	1

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		corresponden a FIDUFOSYGA con \$29 millones y Seguros del Estado con \$11.2 millones.	el fin de obtener el reconocimiento de las mismas.	prestados							2010, los siguientes valores 2008 \$ 211 millones, 2009 \$ 178 y 2010 \$ 216 millones encontrándose como mayores generadores de inconsistencias la falta de soportes y las autorizaciones			y los controles para el diligenciamiento de formatos FURIPS, con lo cual se optimiza la oportunidad en la radicación de las cuentas. Sin embargo quedan pendientes a la fecha cuentas por radicar de vigencias anteriores que no han sido soportadas en su totalidad.		
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.3.	Para el caso de Seguros del Estado se observó que existen 57 facturas que corresponden a vigencia 2008 y anteriores por valor de \$11.2 millones sin radicar, debido a que el hospital no tiene el físico de la factura, por lo tanto la entidad en procura de cobrar dichos dineros, debe gestionar la búsqueda o en su defecto la reconstrucción de dichas facturas, antes que estas prescriban. Lo anterior, transgrede lo establecido en el Decreto 1281 de 2002 artículo 7, inciso 4 y el Decreto 050 de 2003, concordante con el manual de procesos y procedimientos.	Implementación de la pre-auditoría a los soportes y la factura, con el fin de proceder a la radicación de las mismas.	Control Facturación--- Total de cuentas radicadas de Aseguradoras/ Total de servicios prestados a Aseguradoras	Garantizar la radicación del 98% de estas cuentas ante el Fosyga.	Facturación, Cartera, coordinación Financiera	Luz Analida y Lisbeth González Flórez, Elizabeth Ariza.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	A la fecha se encuentra en proceso de reconstrucción la facturación de \$ 364 millones de pesos, para tal fin se cuenta con una matriz de seguimiento que permite establecer el seguimiento oportuno de la facturación pendiente.	50		Se presenta informe consolidado de facturación pendiente por radicar, evidenciándose la gestión pertinente y necesaria para la radicación de cuentas de servicios prestados a los diferentes pagadores. Concordante con la observación 2.2,1 de la auditoría especial. Sin embargo quedan pendientes a la fecha cuentas por radicar de vigencias anteriores que no han sido soportadas en su totalidad.	A	1
AGEI Modalidad Regular, Vigencia	3.3.4.	Respecto a los \$29 millones del Fidufofyga se estableció que estas corresponden al periodo facturado desde febrero de	Efectuar las modificaciones necesarias para la aceptación de estas cuentas en el proceso de	Control Facturación----- Total de cuentas radicadas del	Garantizar la radicación del 98% de estas cuentas ante el Fosyga.	Facturación, Cartera, coordinación Financiera	Luz Analida y Lisbeth González Flórez, Elizabeth Ariza.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se ha venido fortaleciendo los controles y el seguimiento a las facturas de Fidufofyga, con lo cual se	50		Se evidencia las diferentes acciones implementadas por el Hospital para subsanar los hallazgos evidenciados, entre	A	1

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
2008, Ciclo II 2009		2006 a junio de 2008 las cuales fueron devueltas por no pasar la malla de validación en la radicación 19 transgrediendo lo establecido en el Decreto 1281 de 2002, concordante con el Manual de Procesos y Procedimientos.	revisión de facturas el cual se reforzó a partir del mes de mayo de 2009 y el aspecto legal, con el fin de obtener el reconocimiento de las mismas.	Fosyga en el mes / Total de servicios prestados a Fosyga							ha mejorado la radicación de las cuentas.			otros podemos mencionar la radicación de las cuentas pendientes de cobro al FOSYGA y los controles para el diligenciamiento de formatos FURIPS, con lo cual se optimiza la oportunidad en la radicación de las cuentas. Sin embargo quedan pendientes a la fecha cuentas por radicar de vigencias anteriores que no han sido soportadas en su totalidad.		
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.5.	Evaluados los registros contables, se evidencia que del saldo deudas de difícil cobro-entidades en liquidación presenta una sobrevaluación de \$161.73 millones, por concepto de entidades que se encontraban en proceso liquidatorio y que a diciembre 31 de 2008 ya habían terminado su liquidación, tal como se evidencia en: ARS ASFAMILIAS, UNIMEC; CAJANAL.	Las áreas de Contabilidad y Cartera retomarán el proceso de conciliación de las Entidades en Liquidación. Adicionalmente se efectuara la solicitud del estado actual de estas Entidades ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de determinar su situación contable en los Estados Financieros de la Entidad.	Total valor depurado/ Total saldo pendiente de depurar Entidades en Liquidación.	Efectuar el 100% de la depuración de los saldos de cada una de las Entidades en Liquidación	Contabilidad, cartera, SAF	Lisbeth González Flórez y Elizabeth Villabona	Propios	20/09/2009	30/12/2009	A la fecha se encuentra subsanada la observación y se encuentran conciliados los saldos de entidades en liquidación	100		Se evidencian las actas de liquidación de las empresas mencionadas, en las cuales el Hospital se hace parte civil para el cobro respectivo. Se levanta observación.	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.6.	La subcuenta anticipos y avances 1420 se encuentra sobreestimada y sin legalizar la partida correspondiente al contrato 572 de 2006, suscrito con Diseños modulares en cuantía de \$274.2 millones, a la fecha de la auditoria[1], no se ha liquidado el contrato, tan poco	Teniendo en cuenta las acciones realizadas desde el área jurídica, se procederá a efectuar la respectiva reclasificación contable.	Depuración cuentas contables--- Total valor depurado/ Total saldo pendiente de depurar Subcuen	Efectuar el 100% de la depuración de los saldos de cada una de las subcuentas de terceros registrados en la cuenta de Anticipos y Avances.	Contabilidad, Jurídica	Álvaro Galvis y Elizabeth Villabona	Propios	20/09/2009	30/12/2009	En noviembre 2009 se realizó la respectiva acta de liquidación del contrato 572/06, posteriormente se procederá a realizar los registros contables pertinentes.	100		Se evidencia en los soportes acta de terminación del contrato firmado por el supervisor del mismo. Se levanta observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		han ingresado los elementos devolutivos al almacén del hospital, hay incumplimiento del mismo por la no entrega de algunos elementos que se encontraban cotizados inicialmente, tal como se describe en el presente informe en el numeral 3.5 Evaluación de la contratación. Durante la vigencia 2008 no tiene movimiento la subcuenta, presenta una cuenta por pagar de \$30 millones desde la vigencia 2007. Hecho que incumple lo establecido en el numeral 196 del Plan General de Contabilidad Pública.		ta anticipos y avances.												
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.7.	En prueba selectiva a la farmacia del hospital, del 21 de julio de 2009, no se evidenció medicamentos vencidos. Al confrontar las cantidades físicas con el kárdex o módulo de medicamentos en el elemento Dextrosa al 5% y 9% solución salina se encontró 48 unidades física y en sistema el saldo en ceros (sistema Dinámica Gerencial), medicamento además de lenta rotación. Hecho que incumple el numeral	Todo elemento que ingrese al área de farmacia por concepto de devolución será ingresado de inmediato al software Dinámica mediante comprobante de entrada, adicionalmente se realizarán pruebas selectivas por parte del Químico Farmacéutico y la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol.	Actualización de saldos de medicamentos---- N° de elementos registrados en el software / N° de elementos físicos.	Garantizar que el 100% de los elementos existentes en el inventario estén registrados debidamente en el Kárdex, asegurando sus entradas y salidas en debida oportunidad.	Coordinador de farmacia, SSS	Alfredo Marimont, Nancy Tabares	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Esta situación fue subsanada y en la actualidad todos los insumos con que cuenta la farmacia hospitalaria, se encuentran registrados en el sistema, con lo cual se garantiza un adecuado control sobre los activos del Hospital.	100		En la institución se implemento el control de medicamento en cabeza de químico farmacéuta, el cual se realiza a través de la semaforización de los insumos así: un año de vencimiento (verde) ; amarillo ( seis meses); rojo (tres meses). Observación subsanada	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		196 del Plan General de Contabilidad Pública y la ley 87 de 1993, artículo 2, literal e														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia Ciclo II 2009	3.3.8.	Al verificar los registros de equipo de transporte en el módulo de activos fijos con cada uno de los títulos de propiedad, se observó que, existen tres (3) vehículos (Camioneta marca Mazda, placa OWC-009 a nombre del Hospital San Pablo; la ambulancia Mitsubishi con placa OJJ-874 y la camioneta Toyota placa OBE 532 del FDL) que se encuentran a nombre del Fondo de Desarrollo Local, sin que se haya efectuado el traspaso. El convenio interadministrativo de traspaso No 11 - 2003 de bienes muebles suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local Fontibón y el Hospital Fontibón II Nivel ESE, estableció en la cláusula segunda ? Obligaciones del hospital: 1. Recibir en el estado en que se encuentran los bienes referidos en la cláusula anterior.	Se iniciara el trámite para efectuar los trasposos a nombre del Hospital E.S.E, teniendo en cuenta la disponibilidad del rubro Impuestos, tasas y Multas	Legalización de vehículos s--- No. De vehículos legalizados / No. De vehículos pendientes del trámite de traspaso	Legalizar el 100% de los vehículos que no están registrados a nombre del Hospital Fontibon.	Recursos Físicos, SAF	Guillermo Murillo, Carlos Duran	Propios	20/09/2009	30/12/2009		100		Se encuentra realiza en su totalidad el traspaso de los tres vehículos a nombre del hospital. Ver soportes de tarjeta de propiedad en soportes OGPA.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		2. Destinar los bienes indicados al uso de la institución señalada, para efectos de la prestación de objeto de este convenio a sus inventarios, los cuales se verán reflejados en los registros de contabilidad y almacén en los rubros correspondientes a la cuenta propiedad planta y equipo. Tercera: obligaciones del Fondo:														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.9.	Del análisis efectuado a la subcuenta provisión para contingencias, se observa el registro de la Resolución 117 del 15 mayo de 2008 de (orden judicial de la sentencia 025 de mayo 29 de 2007, del juzgado 31 administrativo de Bogotá), por daños y perjuicios cancelados a Ruby Hurtado Peña y otro, contabilización que afectó la cuenta de gastos de la vigencia en \$69,4 millones, en cuentas de orden para dicho proceso reportaba tan solo \$28,9 millones, lo que evidencia que el proceso No. 2004-01267 no había sido ajustado ni actualizado en el SIPROJ, es decir no se encontraba	Las áreas de contabilidad y jurídica realizarán conciliación de la información en forma mensual, unificando así las posibles contingencias de la entidad y permitiendo registrar las partidas a que haya lugar en forma oportuna.	Conciliación procesos judiciales ---- N° de procesos conciliados /N° de procesos registrados contablemente.	Dar cumplimiento al 100% con la Depuración y conciliación mensual entre el área jurídica y contable de los procesos jurídicos registrados en siproj.	Asesoría Jurídica, Contabilidad	Álvaro Galvis, Elizabeth Villabona	Propios	20/09/2009	30/12/2009	En la actualidad se encuentran conciliadas las cifras entre jurídica y contabilidad de acuerdo al SIPROJ.	100		Se evidencia que existe conciliación semestral entre las áreas de contabilidad y jurídica, así como una relación documentada de procesos en contra de la entidad. Soportes disponibles para verificación en área contable. Observación subsanada.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		provisionado la totalidad de los dineros de la contingencia, quedando por registrar \$40,5 millones, lo cual afectó el estado de actividad financiera económica y social de la entidad en \$69,4 millones. Hecho que incumple lo establecido en el numeral 196 del Plan General de Contabilidad Pública.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.1.1.	Las propiedades, planta y equipo se encuentran registradas contablemente y adecuadamente soportadas salvo la titularidad de los terrenos UPAS 48,49,50 Centro día y CAMI II, a la fecha de la auditoria se encuentran pendientes de legalizar. Así mismo no ha gestionado el traspaso de tres automóviles, dos de ellos se encuentran a nombre del Fondo de Desarrollo Local y uno al Hospital San Pablo, infringiendo la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales d) y f) y artículo 4 literales g) y j).	Seguimiento a la solicitud realizada al Departamento Administrativo para la Defensoría del Espacio Público quien realiza el estudio de los predios. Conforme a la respuesta se dará inicio a las acciones administrativas ante esa Institución o judiciales ante la Jurisdicción Civil según sea el caso, para su legalización.	Legalización de Predios--- No. De propiedad des legalizadas / No. de propiedades pendientes de legalizar	Iniciar el Proceso de legalización una vez se conozca la procedencia del inmueble información ésta suministrada por el DADEP.	Jurídica	Álvaro Galvis	Propios	20/09/2009	30/12/2009	EL DADEP continúa con el estudio para determinar la procedimiento a seguir para la legalización.	100		Dentro de los soportes presentados , se aprecia la gestión realizada por el hospital, pero se continúa a la espera de la respuesta del DADEP.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.3.1.1.	Las propiedades, planta y equipo se encuentran registradas contablemente y adecuadamente soportadas salvo la titularidad de los terrenos UPAS 48,49,50 Centro día y CAMI II, a la fecha de la auditoria se encuentran pendientes de legalizar. Así mismo no ha gestionado el traspaso de tres automóviles, dos de ellos se encuentran a nombre del Fondo de Desarrollo Local y uno al Hospital San Pablo, infringiendo la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales d) y f) y artículo 4 literales g) y j).	En cuanto a los vehículos, El Hospital tiene previsto para el primer trimestre del año 2010 realizar los respectivos traspasos asegurando la propiedad de los mismos.	Traspaso de vehículos s--- N° de Vehículos Legalizados/ N° de vehículos por legalizar	Realizar el proceso de legalización del 100% de los Vehículos	Recursos Fisicos. SAF	Guillermo Murillo, Carlos Duran	Propios	20/09/2009	30/12/2009	En el mes de abril de 2010, se realizaran los trámites correspondientes ante la secretaria de Movilidad.	100		Ver observación , respuesta similar a 3,3,8. Se cierra la observación	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.4.11.	No obstante, que el hospital ha avanzado en la implementación del presupuesto orientado por resultados, a 31 de diciembre de 2008, no había revisado sus productos, indicadores y metas; originando que estos no estén ajustados a las prioridades y focalizaciones del actual Plan de Desarrollo, incumpliendo lo establecido en el numeral cuarto (4) de la circular 002 de mayo de 2008, expedida por las Secretarías Distritales de Hacienda y de	Actualizar y evaluar los productos, indicadores y metas establecidos por la institución según la metodología de formulación de presupuesto orientado a resultados de acuerdo con lo estipulado en la circular 002 de mayo de 2008, numeral (4) expedida por la	Armonización Plan de Desarrollo Distrital--- Documento de evidencia de armonización de productos, indicador es y metas institucionales con el actual Plan de Desarrollo	Actualizar a 31 de diciembre de 2009 los productos, indicadores y metas institucionales armonizados con el actual Plan de Desarrollo Distrital y según lo dispuesto en la Circular 002 de Mayo de 2008.	Planeación	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se ha venido trabajando en el desarrollo del POR con la Secretaria de Hacienda, que maneja matrices que comprenden productos, indicadores y metas acordes con el Plan de Desarrollo del Distrito.	50		Teniendo en cuenta la información suministrada mediante alcance a la respuesta del hospital, se considera subsanada la observación.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		Planeación.		Distrital.												
AGEI Modalidad Regulador, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.5.1	Se observan irregularidades de gestión, control y seguimiento oportuno por parte de los supervisores, relacionadas con la exigencia a los contratistas de la presentación y/o constitución de las pólizas de garantía que respalden el cumplimiento de las obligaciones contractuales, esto por cuanto no se constituyen en forma oportuna, ni se amplían las coberturas requeridas para tal fin como se requiere en las minutas de los contratos y las adiciones, lo transgrediendo lo establecido en el Acuerdo 003 de 2001 ?Reglamento Interno para la Celebración de Contratos?, Decreto 679 de 1994 en sus artículos 16 al 19, Ley 734 de 2002, Tomo I y II., como se evidencio en los contratos: Nos. 384A/08; 450/07; 097/08; 351/08; 366/08; 121/08, así:	Expedición, y socialización y seguimiento al cumplimiento del Manual de Supervisión, conforme al requerimiento del Estándar de Gerencia, Proceso de Acreditación y aplicación del Reglamento Interno para la celebración de Contratos, en cuanto a la constitución, aplicación y cubrimiento de las Garantías Únicas exigidas contractualmente.	Evaluación de contratación----N° de contratos suscritos con exigencia de garantía / N°total de contratos con garantía.	Dar cumplimiento en un 100% al manual de Supervisión y al Reglamento Interno de Celebración de Contratos ( acuerdo 11 de 2009)	Supervisores asignados por Gerencia. Asesoría Jurídica. OGPA	Designados y Dr. Álvaro Galvis, Yidney García, Yaneth Rodríguez.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se aprobó mediante Resolución N° 298 de 2009, el Manual de supervisión del Hospital, el cual fue socializado con cada uno de los supervisores de contrato, dando así cumplimiento al requerimiento.	100		Dentro de los documentos soporte entregados , se aprobó con resolución No. 298 de 2009 el manual de contratación y supervisión. SE CIERRA.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.5.2.	De otra parte se observan irregularidades, respecto a que se archivan documentos en las carpetas de los contratos sin su correspondiente formalización y/o legalización como es firma del Representante Legal del Hospital y/o contratista.	Garantizar que dentro del Proceso de Contratación los documentos que hacen parte del mismo se encuentren debidamente formalizados y legalizados, dando cumplimiento al Manual de Supervisión y Reglamento Interno para la celebración de contratos.	evaluación de contratación----- Total de contratos legalizados / N° total de contratos celebrados.	Dar cumplimiento en un 100% al Manual de Supervisión y al Reglamento Interno de Celebración de Contratos ( acuerdo 11 de 2009)	Supervisores asignados por Gerencia. Asesoría Jurídica. OGPA	Designados y Dr. Álvaro Galvis, Yaneth Rodríguez.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se realizó auditoría por parte de la OGPA para realizar seguimiento al hallazgo evidenciándose mejoras, igualmente se formulo plan de mejoramiento.	100		Se verificó una muestra de algunos contratos para constatar que se atendió la observación, encontrándose en cada uno de ellos los soportes respectivos que atienden la observación formulada. SE CIERRA Observación.	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.5.3.	En relación al contrato 1139/09, se observa irregularidad de aplicación de los principios de transparencia, economía, selección objetiva e idoneidad, respecto a la exigencia de requisitos para la escogencia de contratistas, debido a que el Hospital suscribió un contrato para prestar los servicios de asesoría en los diferentes procesos de sistemas de información, con una persona que no reúne requisitos para ocupar dicho cargo. ??La diferencia en la modalidad de vinculación, como contratistas o como servidores públicos, para una y para otra el Estado está en la obligación de seleccionar aquellas personas naturales que acrediten las mejores condiciones	Elaboración, aprobación, socialización, implementación y seguimiento al Procedimiento de selección para la vinculación de personal a través de contrato de Prestación de Servicios, determinando el perfil requerido para cada necesidad personal. (Formación Académica, Experiencia habilidades)	Idoneidad requisitos de personal contratista----- N° de personas contratadas por Prestación de servicios cumpliendo requisito s/ N° Total de personal contratado por Prestación de Servicios	Dar cumplimiento en un 100% al Proceso establecido para la vinculación de personal, modalidad Prestación de Servicios.	Talento Humano OGPA	Juliana Olaya. Yaneth Rodríguez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Teniendo en cuenta el tipo de vinculación que tenía la persona objeto de la misma, la Institución se abstuvo de celebrar contrato de asesoría y opto por un contrato de prestación de servicios acorde al perfil.	100		Se anexa soporte de orden de prestación de servicios subsanándose la observación, teniendo en cuenta el perfil del contratista.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		profesionales, éticas y morales?; Se debe resaltar que en el Manual de Funciones del Hospital, para el cargo de Asesor se exigen requisitos como título profesional y especialización, por lo tanto se evidencia falta de una adecuada aplicación del principio de transparencia e idoneidad, transgrediendo el Acuerdo 003 de 2001 ?Reglamento Interno para la Celebración de Contratos?														
AGEI Modalidad Regulador, Vigencia Ciclo II 2009	3.5.4.	El contrato No.572/06, se observó que hubo incumplimiento por parte del contratista, pese a lo cual no se ha liquidado. Según lo manifestado por la supervisora, mediante Acta Administrativa de Visita Fiscal de fecha 30 de junio de 2009, se presentó incumplimiento por parte del contratista en la ejecución y entrega final, aunque se encuentra pendiente por cancelar el último pago, sin embargo, se observa que el Hospital a la fecha de la presente auditoria[1] no ha tomado medida alguna al respecto, no se evidencia	Se solicitará mediante oficio de la Gerencia al supervisor del contrato la liquidación del mismo en el estado actual en que se encuentre, debiendo señalar los inconvenientes presentados para efectos de iniciar las acciones legales correspondientes, en caso de requerirlo	Liquidación de contratos ----. Total contratos liquidados/ total de contratos	Liquidar el contrato y determinar la existencia o no de acciones legales.	Supervisor del contrato y Asesoría Jurídica	Patricia Algarra. Dr. Álvaro Galvis	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se realizó la liquidación del contrato N° 572/06 el día 4 de noviembre de 2009, dándose cumplimiento al requerimiento.	100		Se evidencia en los soportes acta de terminación del contrato firmado por el supervisor del mismo. Se levanta observación. Idem observación 3,3,6.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		intervención o acompañamiento de la Oficina Asesora Jurídica del Hospital, para requerir el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del contratista. Por lo tanto transgrede lo establecido en el Acuerdo 003 de 2001 ?Reglamento Interno para la Celebración de Contratos? en su artículo 24, artículo 5º numeral 3º, artículo 9º numeral 1º y el artículo 31.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia Ciclo II 2009	3.5.5.	Del contrato 011/09, se observa irregularidad en la etapa precontractual, al no aplicar los principios de transparencia y selección objetiva. De acuerdo a lo establecido mediante Acta Administrativa de Visita Fiscal de fecha 17 de julio de 2009, en razón a que en los términos de referencia se observan dos (2) fechas para presentación de ofertas, una el 17 de enero de 2009 y otra el 22 de enero de 2009 y la propuesta aparece con fecha 27 de enero de 2009 (es decir extemporáneamente). Igual sucede con el presupuesto oficial estimado en los términos de	Elaborar un documento que permita la Estandarización de Términos de Referencia que garanticen que el proceso precontractual en sus diferentes etapas, se realice siguiendo los parámetros establecidos en el Reglamento Interno para la celebración de contratos.	Terminos de Referencia--- Términos de referencia a efectuados/total de procesos contractuales.	Dar cumplimiento al 100% del reglamento Interno para la celebración de contratos, en la etapa precontractual y siguientes.	Supervisores de contratos, Recursos físicos, SAF, Coordinación Financiera, Asesoría Jurídica y OPGA.	Supervisores designados, Guillermo Murillo, Carlos Eduardo Durán, Álvaro Galvis, Yaneth Rodríguez y Elizabeth Ariza.	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Esta situación fue subsanada y los terminos de referencia actuales, cumplen con todos los requisitos de idoneidad y transparencia en el proceso de contratación, con lo cual queda subsanado el hallazgo.	100		El hospital atendió las sugerencias y en las correcciones se observa que se atienden los principios de transparencia y demás contemplados en la Ley 80/93 y 1150. SE CIERRA	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		referencia, fijado en \$125 millones; en tanto que la propuesta es presentada por \$140 millones. Además, no se observa el acta de apertura de la oferta. Otra deficiencia está relacionada con el índice de capital de trabajo que el proponente, pues, no reúne lo exigido en el pliego de contratación; tan así que en la evaluación financiera efectuada por el hospital ésta se califica como ?no cumple?. Pese a lo anterior, mediante Acta de Comité de Compras No.06 de 2009 se sugiere a la Gerente contratar con la Sociedad Inversiones Salud Social, a quien le fue adjudicado dicho contrato, transgrediendo el Acuerdo 003 de 2001 del ?Reglamento Interno para la Celebración de Contratos? y la Ley 734 de 2002, Tomo I y II.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.5.6.	Se revisó el proceso sancionatorio adelantado por la Secretaría Distrital de Salud al hospital, por deficiente prestación de servicios[1], en el que se le impuso una multa de \$3 millones. La decisión le fue notificada a la	Realizar las acciones necesarias para la defensa oportuna y eficiente de la Institución, cumpliendo los términos señalados para el efecto, en cada uno de los Procesos adelantados por la	Procesos judiciales en contra del Hospital- --- N° de procesos en contra del	Responder en un 100%, los términos, requerimientos, peticiones y recursos que surgan dentro de los Procesos en contra del Hospital.	Asesoría Jurídica	Álvaro Galvis	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se implementó el recorrido por los diferentes juzgados para verificar los diferentes estados de los procesos y realizar mensualmente un consolidado de la gestión.	100		Se presenan documentos soportes de la gestión que se viene realizando tanto en juzgados como en tribunales, para lo cual se pone a disposición una relación del estado actual de los procesos en contra de la entidad . Respuesta	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		Gerente del Hospital según informe secretarial el día 22 de febrero de 2008 y contra ella no se interpuso recurso alguno, encontrándose debidamente ejecutoriada, por lo tanto el hospital resuelve reconocer el pago al FFDS con cargo al presupuesto del Hospital mediante Resolución 195 de agosto de 2008. Sin embargo, solo hasta el mes de junio de 2009 es enviado el expediente por la Oficina Asesora Jurídica a Control Interno Disciplinario del hospital. Esto evidencia falta de gestión administrativa y además no se contó con una defensa eficiente y eficaz que le permitiera controvertir los hechos, ocasionando un menoscabo en los recursos de la institución; incumpliendo lo establecido en el Acuerdo 12 de 2005, expedido por la Junta Directiva del Hospital, por medio del cual se ajusta el manual de funciones y competencias laborales.	Secretaría Distrital de Salud.	Hospital / N° de procesos respondidos en oportunidad							En cuanto a las investigaciones de la Secretaría de Salud se reviso el procedimiento y se organizaron las diferentes investigaciones contra la entidad, lo que permite realizar una gestión más detallada y oportunamente se remite a Control Disciplinario una vez la sanción ha sido cancelada			aceptada. SE CIERRA.		

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.5.6.	Se revisó el proceso sancionatorio adelantado por la Secretaría Distrital de Salud al hospital, por deficiente prestación de servicios[1], en el que se le impuso una multa de \$3 millones. La decisión le fue notificada a la Gerente del Hospital según informe secretarial el día 22 de febrero de 2008 y contra ella no se interpuso recurso alguno, encontrándose debidamente ejecutoriada, por lo tanto el hospital resuelve reconocer el pago al FFDS con cargo al presupuesto del Hospital mediante Resolución 195 de agosto de 2008. Sin embargo, solo hasta el mes de junio de 2009 es enviado el expediente por la Oficina Asesora Jurídica a Control Interno Disciplinario del hospital. Esto evidencia falta de gestión administrativa y además no se contó con una defensa eficiente y eficaz que le permitiera controvertir los hechos, ocasionando un menoscabo en los recursos de la institución; incumpliendo lo establecido en el	Remitir en forma oportuna las Resoluciones Sancionatorias por Prestación de Servicios de Salud proferidas por la Secretaría Distrital de Salud a la Oficina de Control Interno Disciplinario para que adelante las acciones correspondientes a que hubiere lugar.	Control sancionatorio SDS--- N° de Resoluciones Sancionatorias por la SDS / N° de resoluciones sancionatorias remitidas oportunamente a la oficina de Control Interno Disciplinario	Realizado el pago impuesto por la Resolución de la S.D.S. dentro del mes siguiente se garantizará en un 100% el envío a la oficina de Control Interno Disciplinario para lo de su competencia.	Asesoría Jurídica	Álvaro Galvis	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se implementó el recorrido por los diferentes juzgados para verificar los diferentes estados de los procesos y realizar mensualmente un consolidado de la gestión. En cuanto a las investigaciones de la Secretaría de Salud se revisó el procedimiento y se organizaron las diferentes investigaciones contra la entidad, lo que permite realizar una gestión más detallada y oportunamente se remite a Control Disciplinario una vez la sanción ha sido cancelada	100		Se presentan documentos soportes de la gestión que se viene realizando tanto en juzgados como en tribunales, para lo cual se pone a disposición una relación del estado actual de los procesos en contra de la entidad. Respuesta aceptada. SE CIERRA.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		Acuerdo 12 de 2005, expedido por la Junta Directiva del Hospital, por medio del cual se ajusta el manual de funciones y competencias laborales.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3,6,1,1,	Existen deficiencias en la formulación de las metas e indicadores del Plan de Intervenciones Colectivas ?PIC- que dificultan el seguimiento, medición de resultados, evaluación y control, ya que no se estableció la línea base para todas las metas de la mayoría de los ámbitos y componentes que lo integran, además en el caso de algunos indicadores de producción de servicios, sus resultados, que son de un período menor al año, se presentan como si correspondieran a la totalidad de la vigencia, situaciones que se pueden originar en falta de rigor técnico en el proceso de planificación. Esta situación no es acorde a lo planteado en los literales d) y h) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993 que hablan del adecuado seguimiento a la gestión	Las metas están planteadas desde el orden Distrital acorde a la dinámica poblacional de cada Localidad, se busca impactar acorde a procesos de vulnerabilidad y de disponibilidad presupuestal que se destine por la SDS para operar las acciones de Salud Pública y dar cumplimiento a las metas distritales acorde a dicha disponibilidad. La realización del seguimiento se hace acorde a las metas contratadas por vigencia seguimiento que se realizan de forma cuanti-cualitativo (a través de informes de gestión mensual, SISPIC). La información que se presentó durante la auditoría de Contraloría corresponde al año 2,008 de los cuales se explicó que las metas se establecen según contratos celebrados con la ESE y la SDS con	Nivel de cumplimiento del PIC--- No. De Actividad es ejecutada / No. De actividad es programadas	Ejecución al 100% de la metas contratadas acorde a portafolio de servicios.	Salud Pública	Angela Lucia Velandia.	FFD	20/09/2009	30/12/2009	La formulacion de los proyectos se realiza conforme al instructivo de planeación del Hospital y acorde a los lineamientos tecnicos de la Secretaría Distrital de Salud. Se identifica el desarrollo de los objetivos, el diligenciamiento de las matrices del plan de acción, del plan operativo, que comprende objetivo estrategico, estrategia, meta estrategica, manual del área o proceso, indicador de la meta, formula del indicador, metas menzualizadas, metas anuales, cronograma, recursos y responsables. Así mismo se maneja la hoja de vida de	100		La información entregada y los documentos soporte demuestran la forma como se viene desarrollando las actividades establecidas para subsanar las falencias observadas. Se cierra la observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		organizacional y procesos de planificación.	presupuestos y tiempos establecidos. Para el año 2,009 se actualiza el diagnóstico Local 2,008, el cual es insumo para la construcción del PIC 2,010 y así aterrizar los alcances de las metas propuestas acorde a la disponibilidad presupuestal y obtener resultados y validar la cobertura.								cada indicador, para efectos de seguimiento del proceso para llegar a los análisis y conclusiones pertinentes.					
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3,7,1,	La auditoría constató en la revisión de documentos aportados por el hospital mediante los oficios AMA 1055/09 ,1192/09, 1109 radicado al equipo auditor el 5,23 y 24 junio de 2009, que no se adelantaron auditorías externas ambientales en la vigencia 2008 a las empresas que recogen y disponen los residuos hospitalarios generados en sus servicios hospitalarios como la Cooperativa de reciclaje ASOREMA, lo que ocasiona un riesgo para el hospital porque se desconoce mediante una auditoría su destinación, compromiso establecido también en el plan de mejoramiento	Realizar interventoria a las empresas que gestionan los residuos que la entidad genera, para vigilar los destino y/o tratamiento final de cada tipo de residuo.	Control de Residuos--- N° de empresas auditadas / No de empresas que gestionan los residuos generados por la entidad	Realizar interventoria al 80% de las empresas que gestionan los residuos de la entidad	Gestión Ambiental	Angee Gómez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Se realizó visita el día 16 de junio de 2009 a Coopasorema con el fin de realizar seguimiento a las condiciones higienicosanitarias y el manejo de los residuos reciclajes, con el propósito de verificar el manejo y almacenamiento de los residuos reciclables. Lo anterior se socializó con el comité institucional ambiental. Igualmente se compulso oficio a la UAESP al respecto.	100		Se evidencia acta de visita a la planta de Mosquera por parte del Ingen, responsable de Medio Ambiente Hospital Fontibon. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		presentado por la entidad en diciembre de 2008 a la Secretaria Distrital de Salud.														
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3,9,1,	Así mismo, de 89 respuestas que equivalen al 53% de la muestra seleccionada, fueron publicadas en cartelera bajo la figura de edicto, sin que este cumpla con dichas condiciones, a la vez, el 7% de la muestra seleccionada no cuenta con respuesta alguna, ocasionando insatisfacción al usuario y un riesgo para la entidad, por incumplimiento de normas, en especial el Artículo 45 del Código Contencioso Administrativo y el art. 34 numeral 34 de la Ley 734 de 2002.	Ajustar el procedimiento de recepción y respuesta de manifestaciones garantizando que la respuesta se dé en los términos legales establecidos y al 100% de las mismas.	Control de respuestas A.U.-- -- N° de respuestas efectivamente notificadas / N° de Derechos recibidos	Publicar y cumplir con los parámetros de un Edicto al 100% de manifestaciones anónimas y que no coinciden con los datos del usuario. Dar respuesta oportuna al 100% de manifestaciones.	Atención al Usuario y Participación Social	Gregorio Rodríguez Ordóñez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Dentro del procedimiento de recepción y respuesta a manifestaciones quedó estipulado el cumplimiento estricto de los términos de respuesta (15 días) dando así cumplimiento a la norma.	100		Se tomaron los correctivos y se dan parámetros para los procedimientos e instructivo para dar cumplimiento a las quejas, ajustándose a lo normado y que no pueden exceder de 15 días. actualmente con el software ORFEO los terminos del programa se da en días calendario, haciendo casi imposible que no se de respuesta oportuna. SE CIERRA	C	2
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3,9,2,	La información reportada en Sivicof no es acorde con la descrita por el hospital en el informe de gestión de manifestaciones 2008, en el se manifiesta que el total de quejas, reclamos y derechos de petición en el 2008, fueron de 1.102, mientras que en SIVICOF se reporta un total de	Se verificará la información que se solicita en el formato de sivicof para que desde la Oficina de Participación Social sea reportada la totalidad de la información así mismo se relacionarán todo tipo de manifestaciones.	Control de Manifestaciones-- --- Total de manifestaciones recepcionadas / Total de manifestaciones reportadas en sivicof	Reportar el 100% de las manifestaciones recepcionadas en la institución.	Atención al Usuario y Participación Social	Gregorio Rodríguez Ordóñez	Propios	20/09/2009	30/12/2009	Dentro del procedimiento de recepción y respuesta a manifestaciones quedó estipulado el cumplimiento estricto de los términos de respuesta (15 días) dando así cumplimiento a la norma.	100		A partir de octubre 26 de 2009, con el software de ORFEO se pudo entrar a dar un estricto seguimiento y control a los terminos de respuesta de las quejas, reclamos y otros, subsanándose las falencias que se venían presentando por falta de un adecuado seguimiento. Se subsana la	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		748, lo que ocasiona desconfianza en el manejo de información infringiendo resolución 020 de 2006.												observación		
AGEI Modalidad Regular, Vigencia Ciclo II 2009	3.9.3.	De lo anterior, se determina que si se presenta sub-licenciamiento de software ofimático, en el uso del Office 2007; que la entidad no ha definido políticas de seguridad que prohíba a los funcionarios instalar software ilegal en los equipos del Hospital, por ende, no está explícito y por escrito que el Hospital rechaza todo tipo de uso indebido de software y las sanciones para aquellos funcionarios que incurran en esta falta. Esto pone en evidencia el alto riesgo a que está expuesto el hospital por estar geográficamente disperso en varias sedes, y su control más dispendioso, por necesidad de recursos suficientes tanto humano como tecnológico, incumpliendo lo descrito en la Ley 734 de 2002, tomo I y II.	Adquirir licencias de software según los equipos que lo requieran.	Control de licencias ofimáticas--- N° licencias adquiridas/ Nro equipos que requieren el Software	Licencias adquiridas e instaladas a 31 de diciembre de 2009 en un 100%.	Planeación	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	En lo referente a las licencias estas fueron adquiridas en el último trimestre de 2009, dando cumplimiento a las observaciones del ente de control. La implementación y socialización de las políticas de seguridad se realizan de manera informativa en las jornadas de inducción y reinducción, dado que pueden consultarse en la intranet institucional.	100		Se presenta una relación de las licencias que tiene el hospital, lo cual se da por aceptada la información a este aspecto., SE CIERRA.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
AGEI Modalidad Regular, Vigencia 2008, Ciclo II 2009	3.9.3.	De lo anterior, se determina que si se presenta sub-licenciamiento de software ofimático, en el uso del Office 2007; que la entidad no ha definido políticas de seguridad que prohíba a los funcionarios instalar software ilegal en los equipos del Hospital, por ende, no está explícito y por escrito que el Hospital rechaza todo tipo de uso indebido de software y las sanciones para aquellos funcionarios que incurran en esta falta. Esto pone en evidencia el alto riesgo a que está expuesto el hospital por estar geográficamente disperso en varias sedes, y su control más dispendioso, por necesidad de recursos suficientes tanto humano como tecnológico, incumpliendo lo descrito en la Ley 734 de 2002, tomo I y II.	Implementar y socializar las políticas de seguridad en toda la Institución, a través del procedimiento de Inducción y entrenamiento en Puesto de Trabajo.	Socialización de políticas ----- N° de funcionarios Socializados / N° Total de Funcionarios.	Políticas de seguridad implementadas y socializadas al 30% a 31 de diciembre de 2010	Planeación	Rubén Darío Sáenz Hernández	Propios	20/09/2009	30/12/2009	En lo referente a las licencias estas fueron adquiridas en el último trimestre de 2009, dando cumplimiento a las observaciones del ente de control. La implementación y socialización de las políticas de seguridad se realizan de manera informativa en las jornadas de inducción y reintroducción, dado que pueden consultarse en la intranet institucional.	100		Se anexa en 2 folios relación de licencias de software de Hospital fontibon. Se cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad	2.1.2.1.	Se determina como debilidad la no socialización y distribución física de los procedimientos con debida antelación a su entrada en vigencia, de tal forma que permita mitigar el riesgo de no disponer con cada	Se entregará físicamente los procesos y procedimientos y se resocializará y capacitará a los funcionarios responsables, para la adecuada implementación y realización de los mismos.	Funcionarios evaluados en procesos / Total de funcionarios evaluados	Garantizar en un 80% el conocimiento y adherencia de los funcionarios a sus respectivos Procesos y Procedimientos.	Planeación SSS, Subgerencia administrativa y Financiera, OGPA	Dr. Durán. Dra. Yaneth Rodríguez Dra. Nancy tabares.	Propios	02/01/2009	31/03/2009	Se realizó la socialización con los coordinadores y jefes de cada servicio o proceso, se envió oficio indicando la ruta donde se pueden consultar en la	100		Se observo y verifíco la existencia de listados para la socialización del premio calidad y MECI en doce folios demostrando planillas de quienes estuvieron en las capacitaciones informativas sobre MECI, GESTION, PROCESOS Y	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
Especial, Fase II del PAD 2008		uno de ellos en los puestos de trabajo. En las áreas de Laboratorio, tesorería y facturación se comprobó que no disponen de los procedimientos.									intranet las guías, manuales, protocolos, procedimientos y otra documentación relacionada a través del sistema. Igualmente en los ejercicios de socialización en las ULG se ha venido divulgando la ruta (link) para la consulta y aplicación por parte de los colaboradores.			PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2010.		
Auditória Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.1.	Se determina como debilidad la no socialización y distribución física de los procedimientos con debida antelación a su entrada en vigencia, de tal forma que permita mitigar el riesgo de no disponer con cada uno de ellos en los puestos de trabajo. En las áreas de Laboratorio, tesorería y facturación se comprobó que no disponen de los procedimientos.	Revisar y ajustar los Planes de contingencia de operación de los procedimientos por el Sistema y garantizar la disponibilidad como parte del Procedimientos de control de documentos de los recursos físicos para la operación, incluyendo Procesos y Procedimientos.	N. de items que cumplen lista de chequeo / Total de items lista de chequeo	Garantizar la adherencia al procedimiento	Asesor Planeación, Subgerente Administrativa y financiera, Subgerente Servicios de Salud	Dr. Durán, Dra. Yaneth Rodriguez Dra. Nancy tabares.	Propios	02/01/2009	30/06/2009	Se realizó la socialización con los coordinadores y jefes de cada servicio o proceso, se envió oficio indicando la ruta donde se pueden consultar en la intranet las guías, manuales, protocolos, procedimientos y otra documentación relacionada a través del sistema. Igualmente en los ejercicios de socialización en las ULG se ha venido divulgando la ruta (link) para	100		Se observo y verifco la existencia de listados para la socialización del premio calidad y MECI en doce folios demostrando planillas de quienes estuvieron en las capacitaciones informativas sobre MECI, GESTION, PROCESOS Y PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2010.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
											la consulta y aplicación por parte de los colaboradores.					
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.2.	Sobre el componente de Planes de Mejoramiento institucional? De manera recurrente se establecen planes de mejoramiento por hechos que son observados de manera reiterativa por las auditorías externas citadas.	Todos los hallazgos prioritarios se someterá al análisis causa-raíz, generando un Plan de Mejoramiento cuya aplicación derive la corrección definitiva del hallazgo, evitando la reiteración de los mismos.	Hallazgos reiterativos / Total hallazgos	Eliminar la recurrencia de los Hallazgos.	Líderes de todos los Procesos, Calidad y Control.	Ing Juliana Olaya, Carlos Durán, Nancy Tabarés, Nelson Malaver, Yaneth R.	Propios	02/01/2009	31/12/2009	A través de los Planes de Mejoramiento son identificadas las diferentes inconformidades detectadas por medio de las auditorías, las cuales son sujeto de mejora.	100		Se constataron en la OGPA y con el grupo de calidad, el seguimiento a los diferentes planes de mejoramiento formulados al Hospital y su seguimiento. Se encuentran disponibles en la OGPA las carpetas soporte de estos seguimientos. Se cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.2.	Sobre el componente de Planes de Mejoramiento institucional? De manera recurrente se establecen planes de mejoramiento por hechos que son observados de manera reiterativa por las auditorías externas citadas.	Documentar, realizar y evaluar sistemáticamente el Plan de Mejoramiento de Institucional, priorizando las desviaciones encontradas en la evaluación de desempeño de los Procesos, auditorías internas y externas, revisiones por la Dirección que deriven en la corrección definitiva de las causas evitando que se vuelvan a presentar	Total de Hallazgos gestionados con ciclo PHVA / Total de componentes formulados del Plan.	A Dic 31 de 2009 presentar el cumplimiento de los resultados del Plan de Mejoramiento Institucional	Líderes de todos los Procesos, Calidad y Control.	Ing Juliana Olaya, Carlos Durán, Nancy Tabares, Nelson Malaver, Yaneth R. Rubén Muñoz	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Los planes de mejoramiento presentados por el área de calidad fueron evaluados y reorientados por la oficina de Gestión Pública y autocontrol.	100		Se adjuntan actas de socialización y seguimiento del grupo de calidad a los planes de mejoramiento tanto internos como externos. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.3.	Realizado el seguimiento a la Inducción y capacitación del personal cooperado asignado en el área de facturación se establece que en el área no se cuenta con Manual que consigne las actividades, la inducción para el desarrollo de las actividades que debe realizar cada cooperado esta a cargo del cooperado asignado..	Revisar y ajustar los procedimientos de inducción y entrenamiento, reinducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo por parte del jefe Inmediato y con la supervisión del Líder del Proceso respectivo, acorde con el Manual de Procesos y Procedimientos y con la Política Institucional de Talento Humano.	Total de colaboradores que ingresan a la institución y que reciben inducción y entrenamiento en el puesto de trabajo en el trimestre / Total de colaboradores incorporados en el trimestre .	Garantizar que en el término de 2 años, el 100% de los colaboradores que trabajan en la institución reciben inducción, entrenamiento, reinducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo y listado de actividades y funciones a desempeñar, de acuerdo con los procesos institucionales.	Talento Humano, Líder de procesos	Ing Juliana Olaya, Carlos Durán, Nancy Tabares, Nelson Malaver, Yaneth R. Rubén Muñoz	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se vienen realizando periodicamnete con los diferentes grupos de personal las actividades concernientes de inducción y reinducción.	100		Observacion concordante con el numeral 2,1,1,1. Se cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.3.	Realizado el seguimiento a la Inducción y capacitación del personal cooperado asignado en el área de facturación se establece que en el área no se cuenta con Manual que consigne las actividades, la inducción para el desarrollo de las actividades que debe realizar cada cooperado esta a cargo del cooperado asignado..	Revisar y ajustar los procedimientos de inducción y entrenamiento, reinducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo por parte del jefe Inmediato y con la supervisión del Líder del Proceso respectivo, acorde con el Manual de Procesos y Procedimientos y con la Política Institucional de Talento Humano.	Total de colaboradores que trabajan en la institución escogidos para recibir reinducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo en la vigencia (50%) / Total de colaboradores	Garantizar que en el término de 2 años, el 100% de los colaboradores que trabajan en la institución reciben inducción, entrenamiento, reinducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo y listado de actividades y funciones a desempeñar, de acuerdo con los procesos institucionales.	Talento Humano, Líder de procesos	Ing Juliana Olaya, Carlos Durán, Nancy Tabares, Nelson Malaver, Yaneth R. Rubén Muñoz	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se vienen realizando periodicamnete con los diferentes grupos de personal las actividades concernientes de inducción y reinducción.	100		Observacion concordante con el numeral 2,1,1,1. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
				dores que laboraron en la institución en vigencia.												
Auditória Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.1.2.4.	La entidad está altamente expuesta a la pérdida de la Memoria Institucional. No existe adecuada gestión documental de los procesos de facturación, cartera y contratación, de tal manera que se garantice la entrega oportuna y sistemática de los soportes que deben hacer parte de las cuentas...A sí mismo no se cuenta con Tabla de Retención Documental.	Documentar, implementar, monitorear y evaluar la operación de la Gestión Documental Institucional de acuerdo con el SIIGA, las tablas de retención documental, la Plataforma Estratégica y los objetivos institucionales vigentes. Formular un Plan de Mejoramiento para garantizar la adecuada conservación y custodia de los documentos.	Plan de Gestión Documental controlado y operando.	A 31 de diciembre de 2009 se tendrán los procesos de Gestión Documental estandarizados para todos los procesos institucionales.	Subgerencia administrativa y financiera.	Dr. Carlos Durán	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se elaboró la resolución por la cual se adopta el SIGA que esta compuesto por el archivo central, el archivo de gestión, la biblioteca, la correspondencia y los centros de documentos que existan dentro de la institución. Para cada uno se desarrollaron planes en el archivo central se entregaron las tablas de retención documental por área con el fin de ser implementadas por cada una de ellas. En el archivo central se realizó la depuración de los archivos de acuerdo a las TRD y se organizó el Fondo documental acumulado que poseía la institución. Para la correspondencia	100		Se anexa al informe soportes de tablas de retención por áreas, implementación del software Orfeo y plan de trabajo para la implementación del sistema de archivo institucional. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
											a se implemento el software ORFEO que permite el control de la misma dentro de la institucion y va en la segunda etapa se seguiran desarrollando las etapas de acuerdo al cronograma de implementacion . Paera la biblioteca virtual dentro de la prueba piloto que esta desarrollando la Secretaria de Salud con un software.					
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.2.1.	La facturación sin radicar obedece a la falta de control en la generación y entrega de la producción de los cajeros, el Hospital no ha generado una Matriz de seguimiento con el fin de soportar los motivos de la no radicación?	Incluir en el Manual de actividades a desarrollar por el facturador y radicación de las facturas, así mismo fortalecer el control de la generación y entrega de la producción de los cajeros por el supervisor correspondiente.	Facturación radicada / Total de la facturación.	Radicación del 100% de las Cuentas de Cobro por servicios prestados durante el mes.	Facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se encuentran implementadas las acciones correctivas que permiten identificar por medio de la revisión de cuentas , las facturas que no son radicadas durante el mes, garantizandose así un adecuado control.	100		SE PRESENTA OFICIOS EN 23 FOLIOS DEMOSTRANDO CORRECTIVOS Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE LOS CAJEROS Y DE LOS INGRESOS DEL HOSPITAL POR CONCEPTO DE FACTURACIÓN	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integr	2.2.2.	Con respecto al registro de la facturación se evidencian deficiencias de la información. La facturación de 2007 carece de número y fecha de radicación?	Establecer los puntos de control específicos que permitan realizar el seguimiento administrativo a la radicación de cuentas por cobrar y la verificación de	No de Cuentas de cobro generadas / cuentas de cobro radicadas con el	Que el 100% de los informes de facturación contengan la información requerida.	Facturación.	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se implemento la matriz de seguimiento donde se registran los diferentes datos de las cuentas de cobro, las	100		Se establecen los controles respectivos desde el área de facturación para garantizar la oportunidad en la radicación de las cuentas, las cuales son conciliadas	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
al Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008			la consistencia de las mismas, incluyendo como mínimo: (facturación, nivel, pagador, número de cuenta, período facturado, valor de la cuenta de cobro y fecha de radicación.	lleno de los requisitos.							cuales son posteriormente conciliadas con el área de cartera, lo cual permite un adecuado seguimiento al recaudo.			posteriormente con el área de cartera para garantizar su adecuado seguimiento. Lo cual se soporta en 46 folios que soportan las acciones realizadas. Se cierra observación		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral al Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.2.5.	Con base en la información solicitada mediante oficio 33115-09 de octubre 30 de 2008, sobre listado de facturación manual, el Hospital da respuesta mediante comunicado HF-CF - 620-08 de noviembre 4-2008, indicando que no se presentan evidencias sobre controles de facturación manual en dichos procesos, se determinó la existencia de la evidencia de los mismos y que existen facturas manuales adicionales a las presentadas en dicha comunicación.	Se debe medir a través del Líder del Proceso el desempeño del mismo, con miras a garantizar la información y presentación completa de la información del periodo.	Información generada y entregada / Información requerida o solicitada.	Presentación completa, oportuna y veraz de la información.	Referente de Facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	En la actualidad se cuenta con la generación de informes consolidados del área de facturación los cuales son conciliados con las diferentes áreas del área financiera.	100		Se evidencia la existencia de controles específicos sobre la facturación manual en cabeza de un funcionario de planta el cual es responsable de coordinar y entregar a los diferentes cajeros las facturas manuales. Posteriormente se realiza conciliación de las facturas con los ingresos del sistema para determinar las diferencias si existen. Este procedimiento de facturación hace parte del plan de contingencia del hospital cuando no hay sistema. SE cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral al Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.2.5,	Con base en la información solicitada mediante oficio 33115-09 de octubre 30 de 2008, sobre listado de facturación manual, el Hospital da respuesta mediante comunicado HF-CF - 620-08 de noviembre 4-2008, indicando que no se presentan evidencias sobre controles de	Se elaborarán actas de entrega de cargo en la cual se plasme la documentación entregada y recibida, verificando su existencia física, así como la responsabilidad sobre el manejo de la información y documentación	Acta de Entrega y firma de Recibido debidamente diligenciadas y constata da	Obtener, tener y conocer el 100% de la Gestión Documental del área.	Referente de facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se continua con los estrictos controles sobre la facturación manual a través del área de facturación y tesorería, para lo cual se cuenta con un libro de registro donde se registra la totalidad de los	100		Se evidencia la existencia de controles específicos sobre la facturación manual en cabeza de un funcionario de planta el cual es responsable de coordinar y entregar a los diferentes cajeros las facturas manuales. Posteriormente se realiza conciliación de las facturas con los ingresos del sistema	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
II del PAD 2008		facturación manual en dichos procesos, se determinó la existencia de la evidencia de los mismos y que existen facturas manuales adicionales a las presentadas en dicha comunicación.									talonarios			para determinar las diferencias si existen. Este procedimiento de facturación hace parte del plan de contingencia del hospital cuando no hay sistema. SE cierra observación		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.2.5.	Con base en la información solicitada mediante oficio 33115-09 de octubre 30 de 2008, sobre listado de facturación manual, el Hospital da respuesta mediante comunicado HF-CF - 620-08 de noviembre 4-2008, indicando que no se presentan evidencias sobre controles de facturación manual en dichos procesos, se determinó la existencia de la evidencia de los mismos y que existen facturas manuales adicionales a las presentadas en dicha comunicación.	Se realizarán charlas sobre el adecuado manejo y control de la Gestión Documental, con el fin de lograr información veraz y oportuna.	Total de información emitida por el área, en forma ordenada / total de información emitida por el área.	Que el 100% de la información emitida por el área este debidamente compilado y archivado.	Referente Facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Actualmente se encuentra en proceso de archivo la facturación de las cuentas para lo cual se contrato personal exclusivo para dicho proposito, con lo cual se garantiza el adecuado soportes.	100		Se evidencia la existencia de controles específicos sobre la facturación manual en cabeza de un funcionario de planta el cual es responsable de coordinar y entregar a los diferentes cajeros las facturas manuales. Posteriormente se realiza conciliación de las facturas con los ingresos del sistema para determinar las diferencias si existen. Este procedimiento de facturación hace parte del plan de contingencia del hospital cuando no hay sistema. SE cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase	2.2.6.	En las siguientes facturas las entidades que aparecen en el sistema son diferentes a las reflejadas en el listado de control de citas medicas; una vez verificadas con los correspondientes funcionarios se observa que el sistema continua mostrando falencias.	Realizar los ajustes necesarios al Sistema, garantizando la correspondencia entre la información, contando con el soporte técnico de Syac..	Información consignada y conciliada / Información generada.	Correspondencia del 100% de la información.	Referente Facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Mensualmente se realizan revisiones y conciliaciones del área de facturación con contabilidad para determinar los saldos reales, igualmente cuando se presentan diferencias se realizan las	100		Mensualmente se realizan revisiones y conciliaciones del área de facturación con contabilidad para determinar los saldos reales, igualmente cuando se presentan diferencias se realizan las revisiones y conciliaciones pertinentes. Se adjunta copia de conciliación a junio de 2010. Se cierra	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
II del PAD 2008		permitiendo determinar que se presentan fallas en la actualización del mismo.									revisiones y conciliaciones pertinentes.			observación		
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.2.7.	Facturas que carecen de firmas y de soportes adecuados, incumpliendo a lo establecido en el literal b- Objetivos específicos numeral 4.2.2, y en el literal a, numeral 4.3.2 salidas de la circular 035 de 2000 de la Contaduría General de la Nación, así como también el literal i y j del artículo cuarto de la ley 87 de 1993 trayendo como consecuencia que la información no sea completa, oportuna y veraz para la relación del proceso auditor.	Establecer los puntos de control específicos que permitan realizar el seguimiento administrativo a las facturas garantizando el cumplimiento de todos y cada uno de los soportes requeridos normativamente.	Cumplimiento de items de lista de chequeo / Total de facturas	Lograr el 100% de cumplimiento de los requisitos normativos en la facturas.	Referente Facturación	Luz Analida Páez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Se fortaleció el procesos de revisión de cuentas con personal capacitado para dicho proposito.	100		En la actualidad se reviso el proceso de facturación y autorizaciones el cual cuenta con 4 revisores de cuentas para garantizar una adecuada facturación acorde a los lineamientos de ley. Se anexa proceroso de facturación. Se cierra observación	C	2
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.3.7.	El valor reflejado está conformado por un saldo en el rubro de otros, por valor de \$ 879.2 millones, y y saldos de cartera pendientes por depurar a nombre de ARS Fontibón Liquidación un saldo de \$ 103.3 y EPS Fontibón Liquidación por \$ 28.5 y pagares por \$ 81.6, lo anterior genera incertidumbre en el saldo de esta cuenta, evidenciado falta de celeridad y	En concordancia con el ítem 2.2.3., se revisará y ajustarán los procedimientos de inducción y entrenamiento, y reintroducción y reentrenamiento en el puesto de trabajo para todos los colaboradores de las áreas de contabilidad y cartera, por parte del jefe inmediato y con la supervisión del Líder del Proceso respectivo,	Número de cuentas conciliadas / total cuentas del balance	Presentación de los estados Financieros con razonabilidad	Subgerente Administrativa y Financiera	Lizbeth González y Elizabeth Villabona Referente de Cartera y Contadora	Propios	02/01/2009	31/12/2009	Como se menciona anteriormente las Entidades en proceso de liquidación se encuentran provisionadas al 100% no depende del Hospital Fontibón la finalización de dicho proceso. Como se encuentra en otra instancia de cobro el área de cartera	100		En la actualidad no aparecen estos registros en la contabilidad, en virtud del concepto emitido por la Supersalud y se llevo a comité de sostenimiento contable.	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		oportunidad para llevar a cabo los procesos de conciliación y depuración de las cifras tendientes a tener información confiable y oportuna.	acorde con el Manual de Procesos y Procedimientos de la institución. Evaluación sistemática de la adherencia a los Procesos y Procedimientos de las áreas de contabilidad y cartera, buscando minimizar el riesgo de contabilizaciones erradas que generen diferencias en los saldos de las diferentes cuentas. Se realizarán auditorías trimestrales de las cuentas lo cual permitirá la depuración de las mismas garantizando razonabilidad, confiabilidad y veracidad de las cifras.								no presenta los valores mencionados en el hallazgo presentando así diferencia con el área de contabilidad.					
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.3.9	De otra parte no se pudo determinar cómo se esta afectando la provisión para la protección de la cartera, debido a la ausencia de soporte del registro efectuado y según se indico por los responsables, para los meses de mayo y junio, no se tiene documento soporte de este registro lo cual imposibilitó determinar la veracidad de los registros	Se revisará y ajustará el procedimiento para la Provisión de la cartera, de tal manera que sea realizado técnicamente con criterios de aceptabilidad establecidos y puntos de control y registros pertinentes y administrados en concordancia con el Plan Institucional de Gestión Documental.	Cumplimiento de adherencia al proceso en el 100% de las mediciones efectuadas según cronograma.	A 31 de marzo de 2009, y con corte a cada trimestre se presentará verificación al 100% de las provisiones de cartera con registro en forma oportuna, veraz y confiable.	Dra María Ortiz Subgerente Administrativa y Financiera	Elizabeth Villabona Contadora	Propios	02/01/2009	31/12/2009	En el mes de junio de 2009 fueron revisados y ajustados los porcentajes de las provisiones para dar una mejor razonabilidad a los estados contables de la institución.	100		La cartera mayor a los 360 días se encuentra provisionada al 100%, teniendo en cuenta los informes de cartera generados mensualmente, utilizandose una provisión general a estos valores. Se cierra observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
		presentados, contraviniendo lo establecido en la Resolución No.222 en los numerales 2.4 en los párrafos (68,71,75), en el 2.7, párrafo (106) y en el 2.9.2.1 en lo que hace referencia a soportes del Plan General de Contabilidad Pública.														
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.5.3.1.	Como resultado del seguimiento efectuado al sistema de recepción de manifestaciones del hospital específicamente en lo relacionado con los procesos administrativos de Facturación, Cartera, Tesorería y Contratación se establece que el sistema está caracterizado por materializar: extemporaneidad de cinco días, respuestas no satisfactorias, manifestaciones incoherentes...	Realizar ajustes al procedimiento de recepción y respuesta de manifestaciones, centralizando la respuesta de tal manera que se dé cabal cumplimiento Normativo y al Manual previsto para tal fin.	Total de manifestaciones respondidas dentro de parámetros de ley/ Total de manifestaciones recibidas	Dar respuesta oportuna al 100% de manifestaciones	Atención al Usuario y Participación Social	Dr. Gregorio Rodríguez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	El procedimiento de Recepción y Respuestas a manifestaciones, se encuentra aprobado por la gerencia .	100		Este procedimiento de recepción de quejas y reclamos fue socializado y ordenado con un software nuevo a partir de octubre de 2009, por el área de Atención al Usuario para brindar mayor oportunidad a los usuarios de tener la seguridad de que sus requerimientos siempre van a ser atendidos oportunamente por el cliente externo e interno de la institución, esta observación fue ampliamente constatada y soportada con documentos y el software que se encuentra operando actualmente con eficiencia y precisión. Se cierra esta observación	C	2

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial, Fase II del PAD 2008	2.5.3.1.	Como resultado del seguimiento efectuado al sistema de recepción de manifestaciones del hospital específicamente en lo relacionado con los procesos administrativos de Facturación, Cartera, Tesorería y Contratación se establece que el sistema está caracterizado por extemporaneidad de cinco días, respuestas satisfactorias, manifestaciones incoherentes...	Socialización de los ajustes del procedimiento de recepción y respuesta de manifestaciones. Requerimiento de soportes para proyectar respuestas dadas a los usuarios. Revisión de la respuesta por parte del asesor de la oficina de PSAU	Total de respuestas pertinentes/total de manifestaciones recibidas 100	Respuesta coherente al 100% de manifestaciones	Atención al Usuario y Participación Social	Dr. Gregorio Rodríguez	Propios	02/01/2009	31/12/2009	En el mes de febrero se iniciara la socialización del procedimiento con los diferentes líderes de proceso para su implementación . Definitiva.	100		Este procedimiento de recepción de quejas y reclamos fue establecido por la alta dirección del hospital, quedando su control y manejo en el área de Atención al Usuario para brindar seguridad y oportunidad a los requerimientos del cliente externo e interno de la institución, de ser contestado oportunamente, se cierra esta observación..	C	2