

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

**HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.
PERIODO AUDITADO VIGENCIA 2011**

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL PAD 2012
CICLO III**

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

DICIEMBRE DE 2012

AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR

Contralor de Bogotá	Diego Ardila Medina
Contralora Auxiliar	Ligia Inés Botero Mejía
Director Sectorial	Juan Pablo Contreras Lizarazo
Subdirector Fiscalización Salud	Gabriel Enrique Barreto González
Asesora	Erika Maritza Peña Hidalgo
Equipo de Auditoria	Maria Claudia Acevedo Ritter - Líder Lina Raquel Rodríguez Meza Claudia Esperanza Silva Cordero Diodela Herrera Ibáñez Ana Matilde Soledad Cabrera Yolanda García Soto Roberto Jiménez Rodríguez

1.	DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2010	5
2.	ANALISIS SECTORIAL	18
3.	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	38
3.1	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	38
3.2	Evaluación Sistema de Control Interno	39
	Evaluación cumplimiento Norma de Calidad NTCGP 1000:2004	55
3.3	Evaluación Estados Contables	59
3.3.1	Evaluación Control Interno Contable	78
3.4	Evaluación al Presupuesto	81
3.5	Evaluación a la Contratación	86
3.6	Evaluación Plan de Desarrollo y Balance Social	99
3.6.1	Evaluación Plan de Desarrollo	99
3.6.2	Evaluación Balance Social	120
3.7	Evaluación de la Gestión Ambiental	122
3.8	Evaluación Acciones Ciudadanas	134
3.9	Seguimiento Pronunciamientos y Controles de Advertencia	137
3.10	Concepto Sobre Rendición de la Cuenta.	137
4.	ANEXOS	
4.1	Hallazgos detectados y comunicados	138
4.2	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	139



**1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2011**

Doctores
MIGUEL ALFONSO GORDO GRANADO
Presidente Junta Directiva
JAIME QUINTERO SOTO
Gerente
HOSPITAL ENGATIVA 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 Regular al Hospital Engativá 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 en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2011 y el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental por el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2011; (cifras que fueron comprobadas con las de la vigencia anterior), la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales, la evaluación al Sistema de Control Interno y el cumplimiento al plan de mejoramiento.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. Esta responsabilidad incluye: diseñar, implementar y mantener un sistema de control interno adecuado para el cumplimiento de la misión institucional y para la preparación y presentación de los estados contables, libres de errores significativos, bien sea por fraude o error; seleccionar y aplicar las políticas contables apropiadas; así como, efectuar las estimaciones contables que resulten razonables en las circunstancias. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno, y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoría, serán corregidos por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por

consiguiente en la eficiente y efectiva producción y prestación de servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

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

En el trabajo de auditoría se presentaron incumplimientos en los terminos otorgados para el suministro de información, así como información que nunca fue entregada, en consecuencia se impidió la evaluación de decisiones administrativas adoptadas durante la vigencia 2011.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
PLAN DE DESARROLLO Y/O PLAN ESTRATEGICO	1. Producción de Servicios	87	3	2.61
	2. Indicadores Eficiencia, Calidad, Economía y Eficacia	76	4	3.04
	3. Plan de Desarrollo seguimiento a metas y cumplimiento	72	5	3.6
	4. Plan Operativo Anual.	65	5	3.25
	5. Objetivos y Políticas Institucionales	66	3	1.98
SUBTOTAL			20	14
BALANCE SOCIAL	1. Cumplimiento de la metodología vigente para presentación del Balance Social en forma y contenido.	60	3	1.8

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	2. Identificación clara y concreta de cada uno de los problemas sociales presentados con sus causas y efectos.	80	4	3.2
	3. Establecimiento de los instrumentos formulados para la atención de los problemas sociales.	80	3	2.4
	4. Identificación de las unidades de focalización en población u otras unidades de medida.	80	3	2.4
	5. Determinación de la población o unidades de medida atendidas en la vigencia.	80	3	2.40
	6. Determinación de la población u otras unidades de medida sin atender en la vigencia.	0	3	0
	7. Establecimiento de los cambios en los problemas sociales.	40	3	1.2
	8. Diagnóstico del problema al final de la vigencia.	10	3	0.3
SUBTOTAL			25	14
CONTRATACION	1. Cumplimiento de las etapas pre-contractual, contractual y post-contractual.	60	9	5.40
	2. Cumplimiento de las normas, principios y procedimientos contractuales.	70	6	4.20
	3. Relación de la contratación con el objeto misional.	100	2	2.0
	4. Informes y labores de interventoría y supervisión.	50	3	1.50
SUBTOTAL			20	13.10
PRESUPUESTO	1. Cierre presupuestal.	60	2	1.2
	2. Modificaciones presupuestales presentadas, tales como: créditos,	80	2	1.6

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	contra créditos, suspensiones, adiciones, etc.			
	3. Cumplimiento normativo en la ejecución de presupuesto de gastos e inversión.	70	1	0.7
	4. Análisis a las autorizaciones de giro.	100	2	2
	5. Revisión de la ejecución de la reserva presupuestal y/o cuentas por pagar de la vigencia anterior y el manejo dado a los pasivos exigibles.	80	2	1.6
	6. Planeación del sujeto de control para la ejecución del presupuesto.	50	2	1.0
	7. Grado de cumplimiento y análisis de resultados del PMR.	60	2	1.2
	8. Análisis del portafolio de inversiones.		1	0
	9. Manejo de la deuda.		1	0
SUBTOTAL			15	9.3
GESTION AMBIENTAL	1. Cumplimiento de Proyectos del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental – PACA en el marco del Plan de Gestión Ambiental Distrital – PIGA.	50	5	2.50
	2. Cumplimiento de Planes Institucionales de Gestión Ambiental – PIGA's.	50	5	2.50
SUBTOTAL			10	5.00
CONTROL INTERNO	1. Evaluación y cumplimiento del MECI.	60	2.5	1.50
	2. Evaluación y cumplimiento del SGC.	60	2.5	1.50
	3. Revisión y análisis al informe de control interno del sujeto de control.	70	2.5	1.75
	4. Cumplimiento al Plan de	87	2.5	2.18

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACION AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	Mejoramiento.			
SUBTOTAL			10	6.93
TOTAL			100	62.31

MATRIZ METODOLOGÍA EVALUACIÓN GESTIÓN Y RESULTADOS – GENERAL

VARIABLE	PORCENTAJE
Plan de Desarrollo y/o Plan Estratégico	14.28
Balance Social	13.70
Contratación	13.10
Presupuesto	9.3
Gestión Ambiental	5.00
Sistema de Control Interno	6.93
SUMATORIA	62.31

Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

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

La evaluación al Sistema de Control Interno se realizó con base en la implementación de MECI 1000-2005 de acuerdo con la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública. Como resultado se obtuvo una

calificación de 58.87% que corresponde a un grado de cumplimiento Regular y un nivel de Mediano Riesgo, observándose debilidades en algunos de sus componentes y elementos, que influyeron en su efectividad.

Se verificó que los procesos de sensibilización y socialización del Sistema Integrado de Gestión: Código de Ética, Código de Buen Gobierno, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Información para la Calidad, Programa para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y Sistema Único de Acreditación; el Modelo de Estándares de Control Interno y el Sistema de Gestión Ambiental, no son socializados de forma sistemática a los contratistas que corresponden al 70% del recurso humano.

La administración ubica en el sótano insumos adquiridos e ingresados al almacén sin la debida custodia o seguridad, lo cual pone en alto riesgo los recursos que invierte en la adquisición de estos insumos para la prestación de los servicios.

La normatividad del Hospital fue revisada y aprobada en diciembre de 2010, por lo que a la fecha está desactualizada, lo que pone en alto riesgo a la entidad en la aplicación de normas que no estén vigentes.

Las Tablas de Retención Documental del Hospital vigentes no se están utilizando en la Oficina de Planeación, Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Control interno Disciplinario, Oficina de Atención al Usuario y Oficina de Gestión del Talento Humano.

Están pendientes por firmar las Actas de Junta Directiva No. 9 del 11 de noviembre de 2011, No. 1 de enero 12 de 2012, No. 20 del 21 de diciembre de 2011 y No. 2 del 3 de febrero de 2012 por parte del Presidente de la Junta, lo que genera incertidumbre frente a la veracidad de las decisiones tomadas en esta instancia.

Respecto al Sistema de Gestión de la Calidad y la norma NTCGP 1000:2009, en virtud a los Decretos 4295 de noviembre 6 de 2007, 1011 de 2006 y la Resolución 2181 de junio 16 de 2008, normas emanadas del Ministerio de la Protección Social, el Hospital cumple con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) con los requisitos, para lo cual fue habilitado por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en todos los servicios asistenciales ofertados, según Certificado de Cumplimiento expedido por la Secretaria Distrital de Salud, como resultado de la visita practicada a las once sedes del Hospital por parte de la Comisión de Inspección y Vigilancia de la Oferta de Servicios de Salud, Oficina perteneciente a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), para la sede Calle 80, el Hospital habilitó un total de 76 servicios y 6 ambulancias.

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Engativá es aprobado para la vigencia 2008 – 2012 por la Junta Directiva del Hospital mediante el Acuerdo 016 del 30 de septiembre de 2008. Posteriormente le fue modificado el 75% de los indicadores sin la aprobación de la Junta.

Una vez realizado el seguimiento a la información suministrada por la entidad sobre la ejecución de 71 indicadores que el Hospital estableció para medir el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional en la vigencia 2011, se pudo concluir que el cumplimiento alcanzado es del 72% y no del 95% como reporta el Hospital. Esta sobrevaloración genera una sobre calificación de la gestión del gerente establecida mediante la Resolución 473 de 2008 y no garantiza la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.

El Plan Operativo Anual (POA) Administrativo, Asistencial y Estratégico no fue aprobado por la Junta Directiva del Hospital y no se dio cumplimiento al seguimiento, control y diligenciamiento, ni con oportunidad ni en su totalidad.

Por limitaciones del sistema de información y falta de distribución del costo y gasto a los centros de costo correspondiente a cada servicio, el Hospital carece de un sistema de costos detallado por productos o unidades de negocio que permita identificar de manera clara, independiente y confiable los diferentes recursos del Hospital. Lo anterior obstaculiza el control de las operaciones e inversiones propias del Hospital con principios de eficacia, eficiencia y economía.

Con respecto al análisis de costos y producción de la información suministrada se concluye que la vigencia 2011 se caracterizó, en una parte, por el incremento en la producción de servicios de consulta médica, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico con uso más eficiente de los recursos en consulta externa y urgencias, a pesar de persistir subutilización del recurso de Talento Humano. Por otra parte, también se observó, con respecto a la vigencia anterior, el mantenimiento de la producción hospitalaria y de cirugía, pero, con un crítico incremento en costos del 30%, evidenciándose deficiencias en el manejo de los recursos en los servicios de hospitalización y cirugía.

A pesar de que los indicadores de calidad muestran tendencia a la mejora, en la evaluación realizada a la prestación de servicios se observa que el Hospital ha sido multado reiterativamente por Investigaciones administrativas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud, por fallas en la Calidad de la prestación de los servicios por incumplir las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, integralidad, secuencialidad y continuidad de los servicios de salud.

También se ha evidenciado incumplimiento a los requisitos de habilitación y a todos los estándares aplicables a los servicios, como son: estándar de procesos prioritarios asistenciales, estándar de dotación y mantenimiento, estándar de recursos humanos, estándar de medicamentos y dispositivos médicos, estándar de historias clínicas y registros asistenciales, estándar de referencia y contrareferencia, entre otras causas. Estas fallas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social (SOGCS) y las ineficiencias en los estándares de habilitación debido a la falta de control de los servicios, ha lesionado el patrimonio del estado, sin que se evidencie que los procesos de Responsabilidad Disciplinaria adelantados por el Hospital hayan producido algún resultado, por lo cual, este ente de control, considera necesario conminar al Hospital a revisar los estándares de habilitación de sus servicios y dar estricto cumplimiento a la normatividad que ha sido incumplida.

Se demuestra falta de control administrativo por cuanto el Hospital pagó dos veces una misma sanción a la Secretaria Distrital de Salud, sin que a la fecha se evidencie gestión administrativa para recuperar los dineros doblemente desembolsados por el mismo concepto, por lo que se genera un detrimento fiscal por valor de \$1.734.800.

La Superintendencia de Industria y Comercio, mediante Resolución No. 19033 de 30 de marzo de 2012 impuso sanción al Hospital por reporte extemporáneo de los precios de los medicamentos al Sistema de Precios "SISMED", incumpliendo lo establecido en la Circular No. 5 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos. Por lo anterior, se establece un daño al patrimonio en cuantía de \$4.533.600.

El Hospital no adopta plenamente la metodología establecida para la elaboración del documento de Balance Social al carecer de todos los elementos necesarios para cumplir con su finalidad.

Durante la vigencia 2011, se observa que la ESE seleccionó como modalidad contractual la tercerización de servicios asistenciales de salud, entre los cuales se encuentra, la prestación del servicio de Radiología, Cardiología, Gastroenterología, Ortopedia, Oftalmología entre otros, frente a esta decisión administrativa, no se observan estudios previos de costo beneficio que le hayan permitido al Hospital elegir esta modalidad contractual, efectos de la cual, a la fecha no se han evaluado, generando incertidumbre en la debida inversión de los recursos.

Los Informes de gestión de los supervisores de los contratos evaluados no son adecuados, por cuanto los funcionarios que cumplen la labor no consignan en ellos constancia de la calidad de los bienes y servicios prestados, donde se describa el cumplimiento de metas y logro de objetivos buscados con la contratación; estos solo

se enfocan, y aplican, a la legalización de los documentos que soportan los gastos con cargo al contrato correspondiente.

Con las irregularidades detectadas en el contrato de arrendamiento No. 5422 de 2011 y las controversias presentadas con ocasión al mismo, se puede evidenciar la inadecuada disposición de los bienes a cargo de la ESE, a través de la gestión contractual sin el adelantamiento oportuno de los trámites administrativos necesarios para la disposición del mencionado bien, lo que pone en riesgo los recursos de la entidad ante la eventualidad de reclamaciones futuras y la definición de la situación jurídica actual.

Por la falta de publicación de los contratos de transacción suscritos durante las vigencias 2009, 2010 y 2011, se incumplió con el deber legal de dar publicidad a los contratos establecido en el artículo 60 de la Ley 190 de 1995.

Al tener que realizar una inversión adicional para la puesta en funcionamiento del Mamógrafo Screening (AGFA – No. 5503 DRYSTOR, equipo que se tuvo que reparar sin que la entidad haya podido prestar el servicio para el cual fue adquirido, se concluye que se ocasionó un detrimento al patrimonio estatal por valor de \$22.040.000.

Con la ineficiente gestión fiscal observada en la falta de control y vigilancia en la operación, inadecuada conservación y explotación, del TAC AQUILON marca Toshiba 64, ocasionó que por cuanto el Hospital de Engativá tuviera que apropiarse recursos para la reparación producto del deterioro del citado equipo que fue entregado a la firma IDIME, en custodia de la mencionada firma y de conformidad con lo manifestado por el diagnóstico técnico emitido por TOP MEDICAL SYSTEMS, se concluye que las malas condiciones de temperatura en que trabajaba el equipo produjo los daños que fueron objeto de reparación. En virtud de lo anterior se ocasionó un detrimento al erario por la suma de \$140.426.800.

La evaluación de la gestión ambiental en el Hospital Engativá II Nivel ESE, comprendió la verificación y revisión de la información reportada en los formatos CB-1112 Grupo 2 en cumplimiento de la Resolución 01 de 2011 de la Contraloría de Bogotá, D. C. constatando el grado de avance en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA y del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios.

Para llevar a cabo cada uno de los anteriores programas se cuenta con el Plan de Acción Anual que contiene actividades y metas para el cumplimiento del PIGA. Con la información suministrada, se verificaron los logros obtenidos basados en los indicadores de cumplimiento presentados por la entidad, obteniendo como resultado para la vigencia 2011, y de acuerdo con la metodología de la Dirección Ambiente de

la Contraloría de Bogotá, una calificación ponderada para la gestión del PIGA del 26% (Ponderación Implementación Programas de Ahorro) y del 51% (Ponderado metas ahorro agua, energía, residuos y reciclaje vs metas programadas).

Respecto del ponderado de las metas de ahorro en los programas de energía y agua, así como menor producción de residuos y mayor recuperación en reciclaje, se observa que estas se cumplieron solamente en un 51% reflejando que la entidad presenta una insuficiente gestión en desarrollo, ejecución y cumplimiento de las metas establecidas.

Sobre la evaluación al presupuesto de la vigencia 2011 se concluye que en general, la gestión del Hospital se ajustó a la normatividad correspondiente, sin embargo, se continúa presentando el desequilibrio económico en razón a que los compromisos adquiridos en la vigencia superan los recaudos, señalando deficiencia en la gestión y en la planeación presupuestal.

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, las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, cuenta con un aceptable Sistema de Control Interno y en la adquisición y uso de los recursos conserva adecuados criterios de economía, eficiencia y equidad. Así mismo, cumplió en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Seguimiento Plan de Mejoramiento.

Por otra parte y una vez efectuado el seguimiento y la verificación de las acciones propuestas e implementadas, se obtuvo una calificación promedio de 1.73, con un porcentaje de cumplimiento del 87%, que ubica a la entidad, dentro del rango: Acción Cumplida.

Lo anterior se sustenta en los soportes y las evidencias objetivas del resultado de las acciones de mejora implementadas de los ochenta y tres (83) hallazgos presentados en el Plan de Mejoramiento de auditorías de vigencias anteriores, y de acuerdo al seguimiento efectuado en la presente auditoría se cerraron setenta y tres (73) hallazgos y diez se encuentran abiertos con un plazo de 60 días para su ejecución.

Concepto sobre la revisión de la cuenta.

De conformidad con lo establecido en la Resolución No. 34 de 2009, Resoluciones 13 y 18 de 2011 expedidas por la Contraloría de Bogotá, la cuenta presentada por el Hospital Engativá II Nivel Atención E.S.E., correspondiente al período 2011, dió

cumplimiento en forma, términos y método establecidos por la Contraloría de Bogotá, D.C., excepto por:

De la verificación de los formularios electrónicos No. 4100 y 14142, correspondiente a la Contratación suscrita por el Hospital durante la vigencia 2011, se evidencia y tal como lo acepta la entidad, que no reportó la totalidad de los contratos celebrados en la mencionada vigencia, de conformidad con lo exigido en las Resoluciones que reglamentan la rendición de la cuenta, por cuanto de un total de 7.663 contratos suscritos, se reporta 1740. Frente a estos hechos este ente de control determinará la iniciación de un proceso administrativo sancionatorio de conformidad con lo establecido en los artículos 99 y 100 de la Ley 42 de 1993.

Resultado de las peticiones, quejas y reclamos utilizados como insumos de auditoría.

Durante el presente proceso auditor, fueron tenidos en cuenta las diferentes denuncias ciudadanas que sirvieron como insumo para el ejercicio del control fiscal selectivo, evaluando las temáticas relacionadas con el arriendo del lote para parqueadero, la puesta en funcionamiento de los equipos Mamógrafo Screening (AGFA – No. 5503 DRYSTOR) y TAC AQUILON marca Toshiba 64, contratos con la firma Gerencia Organizacional para la recuperación de cartera, entre otros temas que fueron evaluados y que el resultado de ellos se encuentra desarrollado a lo largo del presente informe.

Opinión sobre los Estados Contables

Como resultado del análisis y verificación de los registros contables y de conformidad con los programas de Auditoría aprobados en el Comité Técnico de la Dirección Salud e Integración Social y demás normas y procedimientos de auditoría generalmente aceptados, se evidenció lo siguiente:

Un faltante en la suma de \$627.145.378 por concepto del efectivo recaudado por los copagos correspondientes al período enero 2011 al mes de abril de 2012, que ocasionó un detrimento al patrimonio público.

El Hospital a diciembre 31 de 2011 presenta glosa pendiente de contestar en cuantía de \$1.522.438.925 de la cual el 51.5% tiene mas de 360 días de antigüedad equivalente a \$784.532.158, lo que afecta la liquidez de la ESE.

La facturación pendiente de radicar ante el correspondiente pagador de las vigencia 2004 al 2009, asciende a la suma de \$1.640.119.974 sobreestimando la cuenta deudores en esta cuantía por cuanto estos valores no representan derechos ciertos para la entidad en razón a que los títulos valores que soportan los servicios

prestados prescribieron, constituyéndose en un hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria y fiscal.

Según información suministrada por la entidad existe un total de \$429.114.415.14, por concepto de elementos que se encuentran en bodega como inservibles pendientes de dar de baja, sobreestimando la cuenta propiedad planta y equipo en ese valor .

Las observaciones encontradas que afectan la razonabilidad de dichos estados contables ascienden a \$4.218.818.692 que representan el 5.72% del activo del total de la entidad.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables, del Hospital Engativá II Nivel de Atención E.S.E., presentan razonablemente, la situación financiera y los resultados de las operaciones, en sus aspectos mas significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2011, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

Consolidación de hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 4.1 se establecieron 53 hallazgos administrativos, de los cuales 7 corresponden a hallazgos con presunta incidencia fiscal en cuantía de \$2.436.575.552, que se trasladarán a la Dirección de Responsabilidad Fiscal, 8 tienen alcance disciplinario los cuales se trasladarán a la Personería Distrital.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones emitido en cuanto a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión con salvedades expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables, la Cuenta Rendida por la Entidad, correspondiente a la vigencia 2011, se fenece.

Plan de Mejoramiento

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

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

Con respecto al plan de mejoramiento objeto de seguimiento, se retirarán las acciones cerradas y se mantendrán las que se encuentran abiertas. Estas últimas tendrán un plazo máximo de implementación de 60 días, las cuales deberán consolidarse en un único plan de mejoramiento.

De igual forma si como producto del seguimiento del plan de mejoramiento se concluyó que estas acciones no se cumplieron, dará lugar a requerimiento de explicaciones como inicio del proceso administrativo sancionatorio.

Bogotá, D.C, Diciembre de 2012



JUAN PABLO CONTRERAS LIZARAZO
Director Sector Salud e Integración Social

2. ANÁLISIS SECTORIAL

SITUACIÓN FINANCIERA HOSPITALES PÚBLICOS DE LA RED DISTRITAL

2.1 ANTECEDENTES

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

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

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

No obstante estos propósitos, a 20 años de la conformación del Sistema de Seguridad Social en Salud vigente, la situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer

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

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

gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó.

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

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

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

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

Adicionalmente, en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2001 se estableció al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de determinar y comunicar anualmente a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, las que atendiendo a su situación financiera, se clasificarán de acuerdo con la reglamentación que le compete expedir a este Ministerio, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud.

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

En desarrollo de esta disposición el ministerio expide la Resolución 2509 de agosto de 2012, por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.

Es así como se categorizaron 968 ESE, que dio como resultado que sólo un poco más de la tercera parte no presentan riesgo en su gestión financiera (el 34.92%), por lo que el 65.08% de ellas presenta algún tipo de riesgo asociado con su administración financiera. Con riesgo alto hay 296 hospitales públicos. En otras palabras: el 30.58%, casi una tercera parte de ellos acusan fuerte deterioro de la situación financiera y 9.75% presenta riesgo medio. Es decir: 40.33% de las ESE deberán sanear sus finanzas para garantizar su supervivencia institucional, so pena de entrar en alguna figura jurídica de permanencia en el sistema o de estar incurso en un proceso de disolución y posterior liquidación”⁴.

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

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

2.2 ANÁLISIS SITUACIÓN FINANCIERA HOSPITALES RED PÚBLICA BOGOTÁ

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

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

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

⁵ Acuerdo 17 de 1997.

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

El análisis incluye elementos presupuestales, cartera e indicadores financieros.

2.2.1 Comportamiento presupuestal

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

**CUADRO 1
PRESUPUESTO INGRESOS Y GASTOS HOSPITALES SEPTIEMBRE 2012**

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

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		GASTOS		DISPONIBILIDAD
	DEFINITIVO	RECAUDOS	DISPONIBLE	EJECUTADO	MAS INGRESOS
Hospital Tunjuelito	34.680.976.237	19.037.896.686	31.291.597.444	24.552.607.642	36.224.228.550
Hospital Chapinero	24285794388	11.721.008.548	34.395.181.671	19.097.998.032	35426976059
Hospital Pablo VI Bosa	43.819.995.508	29.041.075.115	49.665.977.554	37.722.953.872	49.665.977.554
Hospital Vista Hermosa	46.947.674.158	26.029.678.718	46.763.302.102	36.350.321.098	53.767.624.816
Hospital Del Sur	60.636.983.943	33.732.222.746	46.551.000.000	42.537.401.871	60.716.000.000
Hospital Nazareth	8.896.052.640	5.849.731.285	9.199.451.734	6.497.944.398	9.816.202.035
Hospital Usaquén	20.511.000.000	10.726.376.938	20.237.839.632	15.065.798.585	22.397.839.632
Hospital San Cristóbal	23.143.795.533	16.932.085.980	30.611.135.212	21.990.375.725	35.143.308.691
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.028.651.858	21.068.821.298	37.510.254.228	28.923.390.013	39.860.242.252
Hospital Usme	43.490.046.282	18.525.292.542	67.582.916.204	26.581.028.588	71.387.271.424
TOTAL	1.339.521.960.462	478.857.369.476	1.323.807.455.228	925.888.033.600	1.454.531.769.519

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

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

CUADRO 2
PRESUPUESTO DE GASTOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	GASTOS		% ejec gastos	PRESUPUESTO DIC 2011
	DISPONIBLE	EJECUTADO		
Hospital Simón Bolívar	124.298.265.214	110.034.866.298	88,52%	124.344.000.000
Hospital Santa Clara	100.661.812.953	88.191.341.946	87,61%	97.737.000.000
Hospital Kennedy	120.139.774.314	99.163.953.774	82,54%	106.348.999.999
Hospital La Victoria	82.224.021.905	67.689.464.044	82,32%	60.842.681.412
Hospital El Tunal	89.548.110.178	74.588.717.064	83,29%	84.281.000.000
Hospital Meissen	119.508.305.614	110.970.790.983	92,86%	94.052.246.000
Hospital Bosa	57.796.123.602	15.024.227.236	26,00%	52.489.000.000

SUJETO DE CONTROL	GASTOS		% ejec gastos	PRESUPUESTO DIC 2011
	DISPONIBLE	EJECUTADO		
Hospital Suba	93.326.806.460	82.285.634.406	88,17%	75.151.000.000
Hospital Engativá	75.149.411.610	68.272.868.109	90,85%	58.008.000.000
Hospital Fontibon	43.087.108.526	40.300.997.593	93,53%	42.318.000.000
Hospital San Blás	39.760.317.732	32.729.649.820	82,32%	36.606.000.000
Hospital Centro Oriente	35.109.876.551	27.798.417.767	79,18%	29.760.000.000
Hospital Tunjuelito	31.291.597.444	24.552.607.642	78,46%	27.182.999.999
Hospital Chapinero	34.395.181.671	19.097.998.032	55,53%	22.718.000.000
Hospital Pablo VI Bosa	49.665.977.554	37.722.953.872	75,95%	39.096.000.000
Hospital Vista Hermosa	46.763.302.102	36.350.321.098	77,73%	38.430.999.999
Hospital Del Sur	46.551.000.000	42.537.401.871	91,38%	54.448.000.000
Hospital Nazareth	9.199.451.734	6.497.944.398	70,63%	6.995.000.000
Hospital Usaquén	20.237.839.632	15.065.798.585	74,44%	16.857.000.000
Hospital San Cristóbal	30611135212	21.990.375.725	71,84%	26.761.000.000
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.510.254.228	28.923.390.013	77,11%	32.740.000.000
Hospital Usme	67.582.916.204	26.581.028.588	39,33%	53.222.000.000
TOTAL	1.354.418.590.440	1.076.370.748.864	79,47%	1.180.388.927.410

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

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

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

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

CUADRO 3
PRESUPUESTO DE INGRESOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		% ejec.
	DEFINITIVO	RECAUDOS	Ingresos
Hospital Simón Bolívar	122.015.000.000	63.711.042.255	52,22%
Hospital Santa Clara	113.397.138.476	48.353.235.066	42,64%
Hospital Kennedy	119.924.000.000	55.598.030.955	46,36%
Hospital La Victoria	88.280.000.000	47.552.005.987	53,86%
Hospital El Tunal	93.896.379.725	45.901.464.880	48,89%
Hospital Meissen	129.900.000.000	55.639.050.440	42,83%
Hospital Bosa	31.729.000.000	11.812.222.328	37,23%
Hospital Suba	97.326.000.000	50.764.355.193	52,16%
Hospital Engativá	78.854.000.000	36.667.281.810	46,50%
Hospital Fontibon	41.274.800.777	27.379.675.240	66,34%
Hospital San Blás	44.075.000.000	19.247.834.609	43,67%
Hospital Centro Oriente	35.409.670.937	19.153.246.831	54,09%
Hospital Tunjuelito	34.680.976.237	19.037.896.686	54,89%
Hospital Chapinero	24.285.794.388	11.721.008.548	48,26%
Hospital Pablo VI Bosa	43.819.995.508	29.041.075.115	66,27%
Hospital Vista Hermosa	46.947.674.158	26.029.678.718	55,44%
Hospital Del Sur	60.636.983.943	33.732.222.746	55,63%
Hospital Nazareth	8.896.052.640	5.849.731.285	65,76%
Hospital Usaquén	20.511.000.000	10.726.376.938	52,30%
Hospital San Cristóbal	23.143.795.533	16.932.085.980	73,16%
Hospital Rafael Uribe Uribe	37.028.651.858	21.068.821.298	56,90%
Hospital Usme	43.490.046.282	18.525.292.542	42,60%

SUJETO DE CONTROL	INGRESOS		% ejec.
	DEFINITIVO	RECAUDOS	Ingresos
TOTAL	1.339.521.960.462	674.443.635.450	50,35%

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

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

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

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

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

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

CUADRO 4
RELACIÓN INGRESOS-GASTOS HOSPITALES RED PÚBLICA SEPTIEMBRE 2012

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

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

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

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

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

La situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia

capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó.

2.2.2 Cartera

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

CUADRO 5
CARTERA HOSPITALES PÚBLICOS BOGOTÁ, 2009-JUNIO 2012

Millones de pesos

HOSPITALES	30 de junio de 2012	31 de diciembre de 2011	Variación Junio 2012-2011	31 de diciembre de 2010	Variación 2011-2010	31 de diciembre de 2009	Variación Junio 2012-2009
III NIVEL	374.570,90	341.636,80	9,64%	335.447,01	1,85%	294.614,00	27,14%
El tunal	75.434,00	72.096,30	4,63%	63.767,10	13,06%	53.495,74	41,01%
La Victoria	33.000,80	29.387,00	12,30%	55.350,12	-46,91%	18.212,98	81,19%
Kennedy	86.697,10	80.530,10	7,66%	71.255,84	13,02%	98.466,15	-11,95%
Santa Clara	55.624,70	57.934,00	-3,99%	43.310,66	33,76%	37.246,00	49,34%
Simón Bolívar	123.814,30	101.689,40	21,76%	101.763,30	-0,07%	87.193,13	42,00%
II NIVEL	205.175,30	239.658,70	-14,39%	175.235,91	36,76%	165.548,60	23,94%
Centro Oriente	7.250,00	5.907,20	22,73%	6.479,58	-8,83%	10.885,36	-33,40%
Bosa	7.684,90	22.046,10	-65,14%	9.662,52	128,16%	8.596,00	-10,60%
Engativá	38.910,00	76.615,00	-49,21%	30.022,33	155,19%	42.208,63	-7,82%
Fontibón	13.488,40	12.068,60	11,76%	22.190,65	-45,61%	21.247,45	-36,52%
Meissen	53.383,20	54.405,70	-1,88%	37.877,59	43,64%	24.298,09	119,70%
San Blas	13.830,20	14.262,20	-3,03%	12.617,49	13,04%	12.699,52	8,90%
Tunuelito	11.825,70	9.393,20	25,90%	10.310,56	-8,90%	12.205,00	-3,11%

HOSPITALES	30 de junio de 2012	31 de diciembre de 2011	Variación Junio 2012-2011	31 de diciembre de 2010	Variación 2011-2010	31 de diciembre de 2009	Variación Junio 2012-2009
Suba	58.802,90	44.960,70	30,79%	46.075,18	-2,42%	33.408,54	76,01%
I NIVEL	68.706,70	59.418,40	15,63%	67.723,76	-12,26%	78.350,49	-12,31%
Chapinero	9.410,20	5.032,90	86,97%	5.498,48	-8,47%	5.753,57	63,55%
Nazaret	1.174,20	1.096,90	7,05%	1.069,49	2,56%	1.338,48	-12,27%
Usaquén	3.387,20	2.676,30	26,56%	2.117,97	26,36%	6.526,47	-48,10%
Usme	6.575,10	7.941,90	-17,21%	12.397,31	-35,94%	6.734,88	-2,37%
Del Sur	8.164,50	7.605,00	7,36%	11.982,65	-36,53%	11.761,62	-30,58%
Pablo VI Bosa	13.656,00	8.670,70	57,50%	8.375,48	3,52%	16.038,70	-14,86%
Rafael Uribe Uribe	6.792,80	5.077,70	33,78%	4.842,16	4,86%	8.786,68	-22,69%
San Cristóbal	7.485,90	5.517,80	35,67%	6.386,65	-13,60%	6.508,01	15,03%
Vista Hermosa	12.060,80	15.799,20	-23,66%	15.053,56	4,95%	14.902,09	-19,07%
TOTAL	648.452,90	640.713,90	1,21%	578.406,68	10,77%	538.513,09	20,42%

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

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

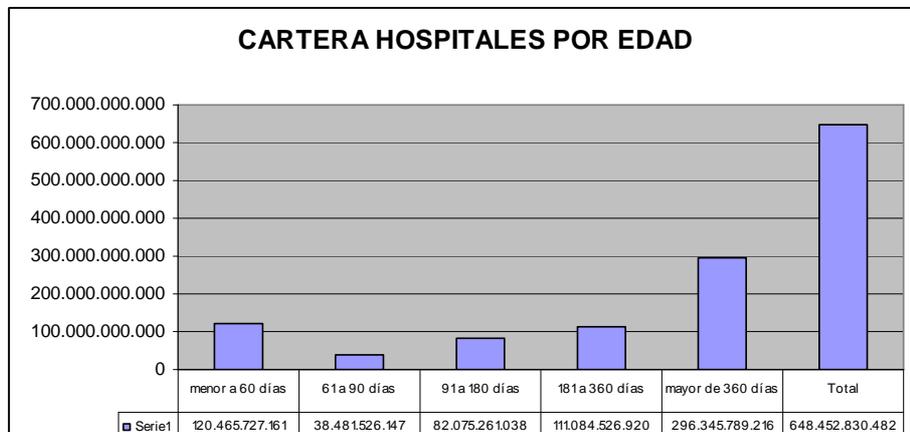
A junio de 2012 la cartera de los hospitales de III Nivel representa el 57.7%, del segundo Nivel el 31.7% y del primer nivel el 10.6%.

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

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

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

**GRÁFICO 1
CARTERA POR EDAD A JUNIO DE 2012**



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

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

2.2.3 Indicadores financieros

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

Indicadores de Liquidez

De los 22 hospitales, a diciembre de 2011, siete presentan capital de trabajo negativo, situación más crítica frente a diciembre de 2010 en donde eran cinco. Ello

indica que no cuentan con recursos inmediatos para la atención de sus obligaciones corrientes.

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

Miles de pesos

HOSPITAL	Capital de trabajo (1)			Razón corriente (2)			Prueba ácida (3)		
	jun.	dic.	dic.	jun.	dic.	dic.	jun.	dic.	dic.
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Hospital Simón Bolívar	36.816.022	-5.386.033	14.606.574	0,59	0,92	0,81	0,57	0,88	0,78
Hospital Santa Clara	12.217.874	14.803.066	15.763.731	1,25	1,38	1,50	1,21	1,29	1,39
Hospital Kennedy	4.535.556	1.674.545	10.593.249	1,08	1,03	0,80	1,06	0,99	0,77
Hospital La Victoria	3.343.176	6.298.720	5.217.420	1,14	1,38	1,27	1,08	1,30	1,19
Hospital El Tunal	-3.770.681	27.537.435	12.130.836	0,91	1,76	1,26	0,87	1,76	1,26
Hospital Meissen	-8.956.091	16.089.461	24.340.684	0,87	1,30	1,78	0,76	1,30	1,78
Hospital Bosa	22.306.888	8.058.531	6.835.082	3,88	2,63	2,31	3,85	2,63	2,31
Hospital Suba	4.606.620	5.805.351	321.067	1,09	1,13	1,01	1,07	1,13	1,01
Hospital Engativá	25.549.066	19.284.577	-9.903.227	0,44	0,46	0,67	0,42	0,46	0,67
Hospital Fontibon	ND	-121.443	1.020.484	ND	0,99	1,08	ND	0,99	1,08
Hospital San Blás	ND	-575.151	5.019.614	ND	0,97	1,39	ND	0,97	1,39
Hospital Centro Oriente	-912.110	-958.003	4.567.747	0,90	0,89	1,49	0,87	0,89	1,49
Hospital Tunjuelito	3.176.331	27.537.435	12.130.836	1,50	1,76	1,26	1,44	1,76	1,26

HOSPITAL	Capital de trabajo (1)			Razón corriente (2)			Prueba ácida (3)		
	jun.	dic.	dic.	jun.	dic.	dic.	jun.	dic.	dic.
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Hospital Chapinero	13.166.773	14.035.787	12.732.503	3,17	3,87	2,76	3,13	3,87	2,76
Hospital Pablo VI Bosa	16.535.613	17.200.243	10.710.299	5,26	6,18	3,80	5,03	6,18	3,80
Hospital Vista Hermosa	9.676.179	12.023.664	11.017.077	2,38	3,59	3,24	2,23	3,59	3,24
Hospital Del Sur	-8.139.816	-8.920.182	-2.993.460	0,61	0,46	0,83	0,61	0,46	0,83
Hospital Nazareth	1.843.065	1.441.317	965.350	2,39	3,30	1,85	2,33	3,30	1,85
Hospital Usaquén	2.127.225	2.956.518	2.382.398	1,61	2,35	1,93	1,46	2,35	1,93
Hospital San Cristóbal	15.055.302	14.910.940	14.364.617	5,05	7,62	5,31	4,95	7,62	5,31
Hospital Rafael Uribe Uribe	-4.108.977	-702.220	2.505.780	0,70	0,92	1,43	0,65	0,92	1,43
Hospital Usme	6.985.547	7.413.914	-5.243.646	1,32	1,40	0,76	1,28	1,40	0,76

Fuente: SIVICOF. Hospitales

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

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

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

Indicadores de Apalancamiento

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

CUADRO 7 INDICADORES DE APALANCAMIENTO

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

Fuente: SIVICOF. Hospitales

(1) Pasivo dividido entre el activo; se considera que un nivel de endeudamiento del 60% es manejable, menor la entidad está en capacidad de contraer nuevas obligaciones, y mayor al 60% señala dificultades para contraer más financiamiento. (2) Establece la participación porcentual de los pasivos corrientes en

el pasivo total. Si el indicador es superior al 50% significa que las obligaciones totales se han financiado en su mayoría a corto plazo.

Así, el indicador de endeudamiento resalta la crítica realidad de los hospitales de Engativá, Del Sur, Rafael Uribe Uribe y Usme, ya que con porcentajes superiores al 60% en su relación entre pasivos y activos, difícilmente pueden acceder a créditos para apalancar su gestión. Además, todos los hospitales han concentrado su financiamiento con créditos a corto plazo, al superar el 50% en la concentración del pasivo.

Indicadores de Rentabilidad

**CUADRO 8
INDICADORES DE RENTABILIDAD**

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

HOSPITAL	Margen Operacional de Utilidad			Rentabilidad sobre activos		
	jun.	dic.	dic.	jun.	dic.	dic.
	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Hospital Vista Hermosa	-7,73%	-3,06%	-9,22%	-7,06%	0,59%	-4,64%
Hospital Del Sur	-18,05%	-29,82%	-37,90%	-2,11%	-25,18%	-22,15%
Hospital Nazareth	-13,93%	4,33%	-7,28%	-5,42%	13,56%	-6,94%
Hospital Usaquén	-9,78%	-0,90%	-4,37%	-6,47%	5,33%	18,45%
Hospital San Cristóbal	-2,13%	-4,48%	11,40%	0,47%	1,38%	13,96%
Hospital Rafael Uribe Uribe	-35,91%	-20,16%	-15,79%	-19,04%	-14,37%	1,55%
Hospital Usme	-0,59%	11,38%	-16,85%	-1,83%	6,19%	-16,46%

Fuente: SIVICOF. Hospitales

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

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

2.3 ACCIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

Las empresas sociales del estado a pesar de su autonomía se mueven en un mercado limitado que no les permite funcionar desde el punto de vista financiero con la misma lógica que otro tipo de entidades. Así las cosas, resulta este

cuestionamiento: puede subsistir financieramente un hospital que invierte recursos para prestar servicios médicos y hospitalarios y el pago por ellos es recibido hasta más de seis meses después.

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

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

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

- La presencia de un desfase en el financiamiento hospitalario en medio de una relativa abundancia de recursos sectoriales.
- La alta dependencia de las empresas sociales del estado de los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud –FFDS–, que se hace evidente en la baja participación de terceros pagadores en sus ingresos, asociada al elevado peso correspondiente a subsidios directos, que guardan relación con la capacidad instalada ociosa y no con la verdadera producción de servicios.
- El crecimiento continuo de la cobertura del régimen subsidiado en los últimos años, asociado a una débil capacidad de negociación conjunta de estas instituciones, ha llevado al incremento de la capacidad ociosa de infraestructura física en algunos servicios, especialmente los de bajo nivel de complejidad.
- El rápido crecimiento de los gastos de funcionamiento, especialmente los relacionados con la nómina, en medio de una reducción progresiva de los aportes nacionales.

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

- La inadecuada relación de recursos humano-administrativo vs. asistencial, que se asocia con el incremento en el costo de cada unidad de producto – atención en salud – desarrollada por la institución.
- La transformación progresiva de los mecanismos de contratación y pago, de un modelo basado en un presupuesto histórico fijo, desarrollado mediante la transferencia directa de recursos, a uno que estimula la maximización y diversificación de servicios, basado en la facturación por actividad realizada, que ocasionó el incremento en la contratación de servicios personales.
- Demoras en el flujo de recursos de los pagadores hacia los prestadores y la relación desequilibrada entre pagadores y prestadores, en desventaja de este último, generan obstáculos a los procesos.

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

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento del Hospital Engativá II Nivel ESE con la Contraloría de Bogotá, D. C., corresponde a observaciones de las siguientes auditorias gubernamentales con enfoque integral modalidad especial y regular de las vigencias

**CUADRO 9
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS**

AÑO	No. Hallazgos	Porcentaje
2002	2	2%
2003	1	1%
2004	1	1%
2005	2	2%
2007	9	11%
2008	14	17%
2009	54	65%
	83	100%

Fuente: Plan de Mejoramiento Hospital Engativá

Y cuenta con un total de 83 hallazgos, discriminados por componente de auditoria, así:

**CUADRO 10
CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR COMPONENTE**

COMPONENTE	No. Hallazgos	Porcentaje	Cumplidos	Cumplidos Parcialmente	No Cumplidos
Presupuesto	7	8%	7		
Contabilidad	17	20%	14	3	
Control Interno	22	27%	22		
Contratación	18	22%	15	4	
Plan Desarrollo	5	6%	5		
Gestión Ambiental	7	8%	4	3	
Acciones Ciudadanas	7	8%	7		
	83	100%	73	10	0

Fuente: Plan de Mejoramiento Hospital Engativa y soportes seguimiento

Efectuado el seguimiento y la verificación de las acciones propuestas e implementadas, se obtuvo un cumplimiento promedio de 1.73, con un porcentaje de cumplimiento del 87%, calificación que ubica la entidad, dentro del rango: Acción

Cumplida. Lo anterior se sustenta en los soportes y las evidencias objetivas del resultado de las acciones de mejora implementadas. De los ochenta y tres (83) hallazgos presentados en el Plan de Mejoramiento de auditorias de vigencias anteriores y de acuerdo al seguimiento efectuado en la presente auditoria se cerraron setenta y tres (73) hallazgos y diez se encuentran abiertos con un plazo de 60 días para su ejecución.

No obstante que, en este proceso se cerraron setenta y tres hallazgos es importante manifestar que estos cierres se debieron a la metodología que se implementa para la calificación del Plan de Mejoramiento donde se evalúa el cumplimiento de las acciones aprobadas al Hospital, por cuanto se observó que los hallazgos formulados por este ente de control en un porcentaje representativo no se subsanaron, más grave aun, se siguen presentando y en el presente informe se tuvieron que reformular algunos.

3.2 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

COMPONENTE 1. AMBIENTE DE CONTROL

Elemento 1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos

El código de ética fue adoptado mediante Resolución 331 de 2008, en el se puntualizan los principios y normas de comportamiento que deben interiorizar y apropiar los servidores de la entidad en desarrollo de sus funciones; estos postulados se han difundido en los computadores como protector de pantalla, la Intranet, otro medio de socialización es la inducción y reinducción que se hace a los funcionarios de planta. Se debe fortalecer la capacitación al área asistencial.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.1. Se verificó que los procesos de sensibilización y socialización del Sistema Integrado de Gestión: Código de Ética, Código de Buen Gobierno, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Información para la Calidad, Programa para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y Sistema Único de Acreditación; el Modelo de Estándares de Control Interno y el Sistema de Gestión Ambiental, no son socializados de forma sistemática a contratistas vinculados mediante orden de prestación de servicios, contratos de tercerización y mediante contratos de prestación de servicios administrativos tales como vigilancia, aseo, entre otros, los cuales aproximadamente representan el 70% del recurso humano del Hospital, situación que se sustenta en el hecho de que en en las minutas de los contratos no se pacta de forma específica el cumplimiento de estos requisitos, como tampoco la entidad realiza los procesos de inducción, sensibilización y socialización del precitado Sistema de Gestión, generando

deficiencias en la prestación de los servicios y en consecuencia la calidad del producto por el desarrollo de las actividades realizadas por este recurso humano.

En virtud de lo anterior, se incumple: El numeral 1.1.1 Acuerdos, compromisos o protocolos éticos, Componente 1, del Modelo Estándar de Control Interno 1000-2005 y los requisitos 5.3, 6.2 y 7.5.5 del Manual de Calidad ISO 9001:2004.

Elemento 2. Desarrollo del Talento Humano

Talento Humano. El manual de funciones fue adoptado con Resolución 017 del 29 de enero de 2010 y actualizado mediante Resolución del 15 de marzo de 2011.

Mediante la Resolución 437 de 2011 la entidad definió el marco para los procesos de Capacitación del año 2012 acorde a su objeto e incluyó la capacitación virtual y presencial; este documento está en la página Web y es reflejo de las necesidades manifestadas a nivel transversal por los referentes de todas las áreas que con su grupo de trabajo diligencia el instrumento técnico utilizado para identificar las Necesidades de Capacitación, formato de la encuesta FTH-32 y el anexo complemento Plan de Capacitación, los cuales han permitido identificar las necesidades individuales, colectivas y la definición de prioridades, estos instrumentos son analizados por Talento Humano para determinar los proyectos de aprendizaje en equipo. La rotación de los servidores por OPS, en promedio alcanza el 65%.

Con el formato de encuesta de satisfacción, el funcionario evalúa el cumplimiento del objetivo de la capacitación, mediante el formato FTH-54 "Evaluación Satisfacción Participantes". Las capacitaciones de los funcionarios de planta y estudiantes de convenio se registran en una base de datos Acces que administra Talento Humano.

El seguimiento al proceso de inducción y reinducción se *realiza con el* Formato FTH-51 el cual se denomina: "Dependencias a Realizar Inducción" y debe ser diligenciado por el jefe de cada dependencia con el registro de las capacitaciones, los recursos aportados y normatividad, el listado de los servidores que fueron objeto de inducción se encuentra en una base Excel y en la carpeta de cada uno de los funcionarios se archiva el precitado Formato.

Se ha cumplido con los términos legales en la evaluación del desempeño conforme a la norma, internamente se recuerda el cumplimiento mediante circular informativa y se hace acompañamiento al proceso de evaluación por parte de la Unidad Funcional Talento Humano.

El Hospital cuenta con el Plan de Bienestar e Incentivos, el cual constituye y aprueba de forma anual, el del año 2011 fue aprobado mediante Resolución 158 de 2011 y es

concordante con lo establecido en el Decreto 1567 de 1998 reglamentario de la Ley 909 de 2004. En la vigencia 2011 mediante Resolución 297 de 2011, se eligieron los mejores funcionarios de carrera administrativa por el buen desempeño y se les dieron incentivos pecuniarios.

La Comisión de Personal está definida con Resolución 301 de 2011 sus reuniones son mensuales o cada vez que se requiera.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.2 En la verificación, de las actas de entrega de puesto de trabajo o finalización de contrato, a una muestra de carpetas de servidores retirados, se evidenció:

- De la revisión de la carpeta de la servidora pública No. 39.727.497, quien se desempeñó como Subgerente Administrativa y Financiera hasta el 11 de mayo de 2012, que en la carpeta No. 1019088118, se utilizó el Formato para Actas FCG 06, siendo el formato FCG- 37 a través del cual se reporta el informe de entrega de los cargos tanto para personal de planta como contratistas, el estipulado en el procedimiento.
- Que en la carpeta No. 1019088118, se utilizó el: Formato para Actas FCG 06, siendo el formato FCG- 37 a través del cual se reporta el informe de entrega de los cargos tanto para personal de planta como contratistas, el estipulado en el procedimiento.
- En la revisión de la carpeta de la servidora pública No. 53177120, se evidenció que fue posesionada con otros cuatro médicos, para el Plan de Intervención Colectiva – PIC sin cumplir con el requisito de inducción, hecho que fue verificado en la base Acces, en la cual se registra el número de capacitaciones de cada trabajador de planta, a la fecha.

Las anteriores irregularidades, ponen en riesgo la información la custodia de la información que administran los funcionarios en ejercicio de sus funciones y el adecuado ejercicio de las funciones del cargo y trasgrede el Acuerdo 07 de 2011 Manual de Procesos y Procedimientos Hospital Engativa y el Numeral 4.2.3 control de documentos el Manual de Calidad ISO 9001:2004.

Elemento 3 Estilo de Dirección

El Hospital adoptó los procesos y procedimientos, construyó el directorio de formatos y el listado de documentos donde se encuentran los manuales, códigos, folletos, cartillas, guías, procedimientos y políticas con su vínculo para acceder son divulgados a través de la Intranet y los funcionarios y contratistas pueden consultarlos y acceder a la Información de manera inmediata.

Actualmente se encuentran en el proceso de acreditación, lo que le permitirá asegurar la prestación de servicios de salud de alta calidad. Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad, por ende, la alta dirección ha generado lineamientos para la articulación entre los procesos del MECI 1000:2005, NTCGP 1000:2004 y estándares administrativos de acreditación en salud, según Resolución 1445 de 2006, el MECI y el Sistema de Gestión de la Calidad, a través de las Unidades.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.3. Las Resoluciones No. 321 del 11 de septiembre de 2008 y No. 344 del 31 de agosto de 2009, son obsoletas porque designan como representante de la gerencia para desarrollar y mantener el sistema de calidad y de control interno a dos servidoras públicas que a la fecha no laboran en la entidad. Lo que implica que a la además de que no le permite liderar y garantizar la operatividad de las acciones necesarias tendientes al desarrollo y mejoramiento continuo del sistema.

Con este hecho se incumplió el numeral 1.1.3 Estilo de Dirección MECI 1000-2005 2.1.2 Estructura Organizaciones y la NTCGP 1000: 2004 No. 4.1 Requisitos Generales.

Componente 2 Direccionamiento Estratégico

Elemento 4 Planes y Programas

Se cuenta con instrumentos de planeación y control, como es la Plataforma Estratégica, partiendo de este instrumento los líderes diseñaron las matrices de programación y seguimiento al plan operativo anual (POA) el cual es consecuente con los objetivos estratégicos de la entidad. El avance de las actividades e indicadores se reporta mensualmente a la Oficina Asesora de Planeación; los tres procesos son: Estratégico, Misional y de Apoyo.

Elemento 5 Modelo de Operación por Procesos

Con Resolución 07 de 2011, se aprueban y adopta el Manual de Procesos y Procedimientos, orientado hacia una organización por procesos, que permite el cumplimiento de los objetivos pactados, su mapa de procesos está actualizando, cumpliendo con los requerimientos exigidos por la metodología de la acreditación. En las visitas realizadas por el Ente de Control, a los responsables de los diferentes Macroprocesos, se determinó una gran debilidad en la construcción y el examen de los indicadores de gestión.

Elemento 6 Estructura Organizacional

La estructura funcional y las funciones por dependencia están adoptadas mediante Resolución 527 de 2009; cuenta con indicadores que permiten evaluar la gestión de cada uno de los procesos a nivel institucional, en torno al cumplimiento de objetivos y por consiguiente de la misión de la entidad.

El Mapa de Procesos se encuentra conformado por: 5 estratégicos, 10 misionales y 7 de apoyo.

Las auditorías internas de control de gestión las adelanta la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. El sistema es objeto de auditorías externas por parte de la Secretaría Distrital de Salud, Superintendencia de Salud, Personería Distrital, Veeduría Distrital, las EPS y otras entidades con las cuales tiene contrato.

La entidad de acuerdo a lineamientos de la nueva administración radicó ante la Junta Directiva el Rediseño de toda su plataforma. En el Sistema de Gestión de la Calidad, se verificó la adopción de registros y formatos mediante los cuales se evidencia y controla parte de la gestión, sin embargo, algunos no se están diligenciando apropiadamente de conformidad con los procedimientos y resoluciones establecidas, lo cual dificulta hacer seguimiento y control oportuno a las tareas y compromisos pactados y por consiguiente a algunas actividades desarrolladas. De otra parte se debe proponer blindar el sistema de gestión de la calidad, del uso de documentos no identificados como copia controlada que garantice la utilización del documento vigente.

COMPONENTE 3. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Elemento 7. Contexto Estratégico

La entidad cuenta con manual de riesgos, adoptado mediante Resolución 100 de 2011. Se hacen reevaluaciones y seguimientos, existe identificación de los factores internos y externos de riesgo, cuenta con mapa de riesgos, al respecto el hospital realiza verificación de cumplimiento resultados que quedan consignados en los diferentes informes que se generan.

La entidad cuenta con mapa de riesgo de procesos, que contempla acciones de mejora, valoración del riesgo y seguimiento y evaluación de controles semestral.

El manual de riesgo contempla la política de riesgo de la entidad, divulgada en reuniones periódicas y en los comités.

Dando continuidad al mejoramiento continuo, la entidad se encuentra en medio de un proceso de revisión y ajuste de los mapas de riesgos institucional y por procesos

misionales, de apoyo y estratégicos, para lo cual ajustó la Metodología de Administración del Riesgo y los parámetros bajo los cuales se realizará la actualización de los mapas. La política de administración de riesgos se establece mediante Resolución 100/2011, socializada por Correo Outlook.

Semestralmente se realiza el seguimiento correspondiente al plan de manejo del riesgo por cada uno de los procesos; actividades que son analizadas en cuanto a la efectividad de los controles planteados y el monitoreo realizado por los actores del proceso.

El manual de riesgo contempla la política de riesgo de la entidad, la cual es divulgada en reuniones periódicas y en los comités

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol es la responsable de adelantar las evaluaciones al sistema de control interno, realizar el seguimiento y verificar la eficacia de las acciones de mejora planteadas en el Plan de Mejoramiento que subsanen los hallazgos producto de auditorias externas e internas que se adelantan a los procesos y/o áreas que integran la entidad, con ello contribuye a avalar la mejora efectuada y con el desarrollo del Sistema de Control Interno.

Las evaluaciones de Control Interno en el año 2011, obedecieron a una programación, los resultados de las evaluaciones y los seguimientos al plan de mejoramiento se presentan al Comité Coordinador de Control Interno y a los responsables de los procesos para que implementen las acciones de mejora.

La entidad se encuentra en medio de un proceso de revisión y ajuste de los Mapas de Riesgo Institucional y por procesos tanto misionales como de apoyo y estratégicos, para lo cual se ajustó la Metodológica de Administración del Riesgo, la política de administración de riesgos fue adoptada con la Resolución 334 de 2008, ajustada bajo la Resolución 100/2011 y socializada por Correo Outlook, la parte funcional de la entidad se trabaja con un mapa de riesgos para cada uno de los 22 procesos, los cuales se configuraron teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, las líneas estratégicas, los planes de trabajo POA y los procesos. Están actualizados y validados a mayo 12 de 2012 Circular Interna GHE 014org. Trabajados con referentes, validados OGPA y aprobados por la Alta Dirección.

Elemento 8. Identificación de Riesgos (eventos)

Los mapas de riesgo fueron presentados en forma individual por procesos, no existe un mapa de riesgos consolidado, evitando así, que varias áreas definan los mismos riesgos y para su manejo se destinen diferentes acciones y recursos.

Elemento 9. Análisis del Riesgo

Se planteó el plan de manejo para cada uno de los riesgos detectados. La identificación, análisis y valoración del riesgo se circunscriben a los objetivos de cada proceso.

Elemento 10 Valoración del Riesgo

Semestralmente se realiza el seguimiento correspondiente al plan de manejo del riesgo por cada uno de los procesos; actividades que son analizadas en cuanto a la efectividad de los controles planteados y el monitoreo realizado por los actores del proceso.

Elemento 11 Políticas de Administración del Riesgo

Se adopta el Mapa de Riesgos Institucional y se establecen las políticas de administración de riesgos mediante Resolución 334 de 2008; se asigna al comité de control interno la responsabilidad de las políticas de administración de riesgo y aprobación de las modificaciones del Mapa de Riesgos.

Componente 4 Actividades de Control

Elemento 12 Políticas de Operación

Las políticas de operación están determinadas para los procesos, han sido difundidas en comités, capacitaciones y a través de Intranet.

El esquema organizacional, se determina en el organigrama y mapa de procesos, en estos instrumentos organizacionales se identifican las áreas que integran la estructura del Hospital.

Elemento 13. Procedimientos

La entidad cuenta con manual de procesos y procedimientos, los cuales están identificados y documentados, existen 22 procesos y alrededor de 700 procedimientos en la base de control documental, a partir de 2011 se inició el proceso de revisión y el rediseño de la plataforma estratégica; para 2012 se contará con un nuevo mapa de procesos que refleje la realidad institucional.

Elemento 14. Controles

La entidad cuenta con controles preventivos y correctivos, cada proceso tiene su indicador definido. Es importante que el Hospital realice una revisión de los controles, para determinar su eficiencia y eficacia, por cuanto se pudo evidenciar la falta de

calidad y consistencia en la información entregada, tal es el caso de la oficina de facturación, en donde se encontró que algunos documentos solicitados por el equipo auditor no fueron entregados oportunamente, también se observó que los contratos no cuentan con todos sus soportes. Estas y otras inconsistencias, como las falencias en la caja principal, facturación sin radicar, entre otros hechos, soportan la ineficacia de los controles definidos y la materialización del riesgo.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.4 En la Oficina Jurídica se evidenció que el control de los servicios prestados por las personas naturales vinculadas mediante ordenes de prestación de servicios se limita a la determinación de un porcentaje de cumplimiento, mientras que en la Oficina de Planeación se solicita el Informe de Actividades y Productos en el cual se describen las actividades realizadas y la descripción de los productos generados, se verifica el pago de las prestaciones sociales por parte del contratista y se autoriza el pago previa revisión del cumplimiento de la labor del contratista. Por ser la orden de prestación de servicios el mecanismo por medio del cual la entidad contrata los servidores públicos que requiere para el cumplimiento de su misión, la cual alcanza el 60% del recurso humano mensual y en aras de maximizar, verificar y controlar los recursos públicos, se requiere de instrumentos de control que garanticen la calidad de los productos contratados y recibidos, así como su evidencia, entre otras razones para asegurar que la información que estos manejan se conserve.

Esta falencia origina cumplimiento parcial de: 2.1.1 Controles MECI 1000-2005 y requisito establecido en el numeral 7.4.2. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos NTCGP 1000: 2004.

3.2.5 En el proceso de pago de la nómina de la funcionaria identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.694.692, en el período comprendido entre 01.10.2004 y el 30.01.2008, se evidenció falta de gestión por parte de la Administración del Hospital al no dar inicio oportuno a las acciones legales tendientes a la recuperación de los dineros pagados por nómina por concepto de incapacidad., a pesar de que las incapacidades no eran allegadas de forma oportuna y con la convalidación correspondiente para poder ser cobrada.

Lo anterior teniendo en cuenta que el funcionario es el único responsable del trámite y entrega puntual de la incapacidad, justificando su ausencia, debidamente convalidada por la EPS y las incapacidades de enfermedad profesional o accidente laboral, expedida por el médico tratante del caso, en la entidad de salud que haya atendido el siniestro y convalidada por el Fondo de Pensiones para respectivo cobro por parte del Hospital. Lo anterior no sucedió en la incapacidad de la precitada funcionaria durante un período de 1.462 días, y originó la imposibilidad del cobro de las incapacidades aportadas hasta el 12 de octubre de 2006, de acuerdo a

documentos soporte de Talento Humano, fecha en la cual no volvió a presentar incapacidades, pero la entidad le siguió pagando hasta el 30 de enero de 2008.

La entidad realizó pagos por nómina en montos superiores a los establecidos en la Ley, al pagar el 100% del sueldo y la totalidad de las prestaciones sociales, por lo que desembolsó \$42.461.975, debiendo pagar de acuerdo a la Ley, \$15.344.720 si la funcionaria hubiese sido conminada a presentar las incapacidades de forma oportuna para su respectivo cobro.

CUADRO 11
MAYORES VALORES PAGADOS

PERIODO	CONCEPTO	PAGADO HOSPITAL (\$)	PAGO SEGUN NORMA (\$)	DIFERENCIA (\$)
1) 01.10.2004 al 30.12.2004	Día 1 al 3 100% Día 4 al 90 EPS 66.66%	2.591.279	1.668.265	923.014
2) 01.10.2004 al 30.12.2004	Día 91 al 180 EPS 50%	2.814.498	1.407.249	1.407.249
3) 01.10.2004 al 30.12.2004	Día 181 al 1.452 AFP 50%	16.961.705	8.480.853	8.480.853
4) 12.10.2006	Pago sin incapacidad radicada	10.035.616	2.145.204	7.890.412
Pago de primas sin derecho		10.058.877	1.653.149	8.415.728
		42.461.975	15.344.720	27.117.255

Fuente: Certificación del 16.11.12 de la SubGerente Administrativa y Financiera del Hospital Engativa II nivel ESE

Con la conducta observada se incumplió numeral 2.1.1 Controles MECI 1000-2005 y requisito establecido en el numeral 7.4.2. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos NTCGP 1000: 2004; el requisito establecido en el numeral 7.4.2. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos NTCGP 1000: 2004, párrafo 1 artículo 40 Decreto 1406 de 1999 y el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, artículo 23 del Decreto 2463 de 2.001 y literales a y b del artículo 2 de Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.6 La administración ubica en el sótano insumos adquiridos e ingresados almacén sin la debida custodia o seguridad, lo cual pone en alto riesgo los recursos que invierte en la adquisición de estos insumos que requiere para la prestación de los servicios. Este hecho incumple el numeral 2.1.1 Controles del MECI 1000:2005 los requisitos 6.1 y 7.4.2 de la NTCGP 1000:2004 y el literal a del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo Administrativo con incidencia Fiscal y Disciplinaria

3.2.7. El Hospital Engativa II N.A. E.S.E., como consecuencia de las correcciones de las declaraciones de Retención en la Fuente correspondiente al año 2009 y 2010, tuvo que apropiar recursos para cubrir pago de sanciones e intereses de mora a la Administración de Impuestos y Aduanas Nacionales por valor total de \$775.000, de conformidad con el cuadro 12.

CUADRO 12
VALOR PAGOS REALIZADOS

No. Recibo Oficial de Pago de Impuestos Nacionales	Valor Sanción	Valor Intereses Mora	Valor Impuesto Pago	No. Formulario
4907708839704	246.000	7.000	296.000	3507669498738
4907708831329	246.000	10.000	256.000	3507669497224
4907708823931	246.000	20.000	266.000	3507669494846
TOTAL	738.000	37.000	818.000	

Fuente: Certificación del 16.11.12 de la Subgerente Administrativa y Financiera del Hospital Engativa II Nivel ESE

En consecuencia, se establece que se generó un detrimento al patrimonio público en cuantía de \$775.000; en virtud de las irregularidades anotadas anteriormente, por lo cual el Hospital con su conducta incurre en lo consagrado en los artículos 3 y 6 de la Ley 610 de 2000 y en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002, y numeral 2.1.1 Controles MECI 1000-2005 y requisito establecido en el numeral 7.4.2. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos NTCGP 1000: 2004, el requisito establecido en el numeral 7.4.2. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos NTCGP 1000: 2004.

Elemento 15. Indicadores

Se evidenció que los indicadores estratégicos y de gestión, apuntan al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Elemento 16. Manual de Operación

La Entidad tiene clasificados los manuales, procedimientos, protocolos, instructivos, guías, etc., en el listado maestro de documentos que se encuentra en la red para consulta.

COMPONENTE 5. INFORMACIÓN

Elemento 17. Información Primaria

Para interactuar y comunicarse con la ciudadanía, la ESE, cuenta con 18 procedimientos, presenta informes de resultados, de gestión, informe de programas y proyectos, realiza rendición de cuenta anual y publica convocatorias, en la página Web.

La entidad tiene procedimientos para la recepción de documentos e identifica las fuentes de información, cuenta con mecanismos de consulta con distintos grupos, asigna un consecutivo a los documentos que recibe, los cuales clasifica de acuerdo a su naturaleza: tutelas, peticiones, correspondencia interna. La Gerencia tiene un control para el seguimiento y direccionamiento de todos los requerimientos que recibe la entidad.

El manejo de la correspondencia es sistematizado, cuenta con sistema documental institucional en implementación.

El Hospital cuenta con el normograma en el cual incluye las normas y Leyes que se debe tener presente de conformidad con su función institucional; esta herramienta le permite establecer su ámbito de aplicación, responsabilidad y tener una perspectiva más clara sobre la actualidad de las normas vigentes. Sin embargo, la actualización de esta herramienta no es oportuna en cuanto a la incorporación de nuevas normas y retiro de las ya derogadas.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.8 La normatividad del Hospital fue revisada y aprobada en diciembre de 2010, por lo tanto a la fecha está desactualizada, lo que pone en alto riesgo a la entidad en la aplicación de normas que no estén vigentes. Las anteriores falencias implican que no se cumple apropiadamente con el numeral 2.2.1 Información Primaria, Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 ni con el numeral 4.2.1 Generalidades Requisitos de la Documentación NTCGP 1000:2004.

Elemento 18. Información Secundaria

La Oficina Jurídica realiza invitaciones a contratar a través de la página Web, verificándose que en esta página obran: el proceso precontractual, de adjudicación, el cronograma, la invitación y las ofertas.

Evidenciados los medios de comunicación entre la entidad y cliente, es decir los usuarios, están: La Oficina de Atención al Usuario, página Web, carteleras, plegables y otros medios.

El Hospital tiene mecanismos internos de peticiones para funcionarios, las tablas de retención documental están en proceso de construcción.

El Hospital presentó en septiembre 2011 nuevamente la Tabla de Retención Documental de acuerdo con la renovada metodología del Archivo Distrital; se verificó la socialización del Plan de Trabajo, la Metodología aprobada por el comité de archivo y las guías del archivo. El instructivo de procedimientos de la organización de archivos de gestión se dió a conocer en capacitaciones a los 22 procesos, con la asistencia del 33%, y de forma personalizada para el 100% de los procesos, misionales, estratégicos y de apoyo, el plazo definido por el archivo distrital, para la implementación es septiembre de 2013.

En cuanto al manejo de registros que soportan la gestión realizada correspondiente a los escritos que presenta la ciudadanía, se conserva en carpetas con los soportes pertinentes, los cuales no son identificados de acuerdo a la Tabla de Retención Documental.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.9 Las Tablas de Retención Documental del Hospital vigentes no se están utilizando en la Oficina de Planeación, Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Control interno Disciplinario, Oficina de Atención al Usuario y Oficina de Gestión del Talento Humano.

En el caso de la oficina del grupo de atención al usuario se evidenciaron archivos de gestión sin identificar las carpetas donde reposan los registros correspondientes a las peticiones, actas de comité coordinador de control interno, actas de reunión de comités de asociación de usuarios, plan de mejoramiento y seguimiento, actas comisión de personal, actas de reuniones internas entre otras carpetas y/o a-z; como corresponde según el código, series/subseries. Esta situación no permite su organización adecuada y dificulta la ubicación fácil y oportuna de los documentos y registros que conforman el archivo de gestión de las dependencias. Por lo expuesto, no se cumple con lo consagrado en el numeral 2.2.2 Información Primaria, Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 ni con el numeral 4.2.1 Generalidades Requisitos de la Documentación NTCGP 1000:2004; el artículo 24 de la Ley 594 de 2000 y la Circular N° 41 de noviembre de 2001 emanada de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.10 Están pendientes por firmar las Actas de Junta Directiva No. 9 del 11 de noviembre de 2011, No. 1 de enero 12 de 2012, No. 20 del 21 de diciembre de 2011 y No. 2 del 3 de febrero de 2012 por parte del Presidente de la Junta, lo que genera incertidumbre frente a la veracidad de las decisiones tomadas en esta instancia. Se incumple el Manual de Procesos y Procedimientos Hospital Engativá, el numeral 2.2.2 Información Primaria, Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y el Numeral 4.2.3 control de documentos el Manual de Calidad ISO 9001:2004.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.11 Los registros de las vigencias fiscales 2011 y 2012 recopilados en carpetas y/o A-Z, algunos con más de 200 folios, en las oficinas de: Talento Humano, Tesorería, Contabilidad, Oficina de Atención al Usuario, Oficina Jurídica, Oficina de Calidad y otras, como son: Manual de Funciones año 2000 y 2006, Acuerdos 06, 07 y 08 de 2006, Actas de reunión de comités de asociación de usuarios, actas de comisión de personal, carpeta de comunicaciones, programa de bienestar, Actas de Compromiso y Resoluciones del sistema Integrado de Gestión, Sistema Integrado de Gestión-Plan de Acción, Resoluciones, Actas Capacitaciones; Contratos 4435-11, 1942-11, 4455-11, 5298-11, entre otros, se evidenció que los registros no están foliados (excepto contratos). Estos archivos son objeto frecuente de consulta y préstamo, por lo cual no se garantiza la adecuada salvaguardia y seguridad de estos documentos. Por lo anterior se incumple adecuadamente con el numeral 2.2.2 Información Primaria, Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y el Numeral 4.2.3 control de documentos el Manual de Calidad ISO 9001:2004. Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 60 de 2001.

Elemento 19 Sistemas de Información

En las visitas realizadas por el Ente de Control se evidenció que la ESE, tiene un grupo especializado en nuevos desarrollos de aplicaciones, con el objetivo de atender las necesidades de usuarios administrativos y asistenciales, enmarcados dentro de las políticas de TIC's del Hospital, quienes están en proceso de actualización de la página Web utilizando herramientas gratuitas con el objetivo de hacerla más amigable y optimizar los equipos con que cuenta la entidad. Algunos computadores son contratados.

Se cuenta con Report Server herramienta de gestión e información que permite conocer en línea el manejo de la información y está orientado por temas. En 2012 se reemplaza el servidor por uno de mayor capacidad, dado que a finales de 2011, éste se encontraba en su límite. Se realizaron políticas de seguridad informática y copia de respaldo en otra instalación.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.2.12 Los equipos de cómputo a la fecha no tienen Antivirus, que es el programa capaz de identificar si en los archivos se aloja un virus informático, e incluso tiene la capacidad para desinfectarlos y/o eliminarlos, originando riesgo de daño y pérdida de la información como daños y caídas de la red. No se cumple íntegramente con: numeral 2.3.1. Sistema de Información MECI 1000-2005, Procedimiento PGI12 Instalación y Actualización de Antivirus Informático como tampoco con el requisito 6.1 Provisión de Recursos NTCGP 1000: 2004.

COMPONENTE 6. COMUNICACIÓN PÚBLICA

Elemento 20. Comunicación Organizacional

El Hospital para el manejo de la comunicación e información interna y externa cuenta con carteleras, pagina Web, informadores y orientadores capacitados, vía telefónica a través de la línea 195 y la Oficina de Atención al Usuario. El área de sistemas como administrador de la Web hace las actualizaciones cuando son requeridas. La Gerencia ha rendido cuentas y presentado informes a la comunidad y a sus organizaciones de usuarios del Hospital sobre la gestión adelantada en el año 2011.

Las peticiones son recepcionadas por parte de la entidad a través del Sistema Distrital de Quejas y soluciones de la Alcaldía Mayor (SQS), el cual funciona desde el año 2009, así mismo, dispone de 16 buzones de los cuales 4 están instalados en los diferentes servicios del Hospital Calle 80 (hospitalización, urgencias y consulta externa) y 12 se encuentran en los centros de atención de primer nivel, su apertura se realiza los días viernes, también se reciben requerimientos de los usuarios en la Oficina del Grupo de Atención al Usuario y la ventanilla de correspondencia.

Elemento 21. Comunicación Informativa

La entidad garantiza el acceso a las herramientas tecnológicas a través de su página Web, de la página Distrital de quejas y soluciones y línea telefónica 195, entre otras.

Elemento 22. Medios de Comunicación

El Hospital cuenta con canales de comunicación definidos tanto internos como externos entre los que se encuentran: El sistema de correspondencia, un correo institucional, la página Web, la Intranet, los buzones en todas las sedes los cuales se abren los viernes en la presencia de un representante de la organización de usuarios, un usuario y un representante de la Oficina de Atención del Usuario.

COMPONENTE 7. AUTOEVALUACIÓN

Elemento 23. Autoevaluación de Control

Las acciones de mejora producto de la autoevaluación del control deben fortalecer el funcionamiento de control interno. Pero según se evidencia en el resultado de las visitas, no es claro para los funcionarios la Autoevaluación del Control, teniendo en cuenta que su implementación, desarrollo y mejora es competencia de los servidores públicos que dirigen y ejecutan los procesos, es decir, los funcionarios y contratistas no diferencian entre la Oficina de Control Interno y el Sistema de Control Interno, que deben aplicar.

Elemento 24. Autoevaluación de Gestión

La autoevaluación se realiza a través de los indicadores de los procesos y en las reuniones de Gerencia y Junta Directiva.

COMPONENTE 8. AUTOEVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Elemento 25. Evaluación del Sistema de Control Interno

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol es la responsable de adelantar las evaluaciones al sistema de control interno, realizar el seguimiento y verificar la eficacia de las acciones de mejora planteadas en el Plan de Mejoramiento que subsanen los hallazgos producto de auditorías externas e internas que se adelantan a los procesos y/o áreas que integran la entidad.

Las evaluaciones de Control Interno en el año 2011, obedecieron una programación, los resultados de las evaluaciones y los seguimientos al plan de mejoramiento se presentan al Comité Coordinador de Control Interno y a los responsables de los procesos para que implementen las acciones de mejora. Se presenta debilidad en la divulgación de los resultados de las auditorías internas, ya que éstas no son conocidas en algunas dependencias por los funcionarios.

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol establece un programa de auditorías para cada año, el cual fue ejecutado en su totalidad en 2011 y como resultado se genera un plan de mejoramiento. Una vez las auditorías son finalizadas, se entrega el informe final a la Gerencia, previo lleno de los requisitos, para que los remita a la dependencia auditada y esta genere el respectivo Plan de Mejoramiento.

Con la Resolución 305 del 24.7.09 se establece y reglamenta el Comité Coordinador de Control Interno y Gestión de Calidad y los grupos de trabajo, con Resolución 344 del 31.08.09 se designa el representante de la gerencia para desarrollar y mantener el sistema de control interno, servidora pública que trabajó hasta el mes de mayo, y

con la Resolución 305 de 2009 se establece y reglamenta el comité coordinador de control interno.

Elemento 26. Auditoria Interna

La Oficina de Calidad tiene su plan de auditorias anual, el cual para el año 2011 se cumplió, esta Oficina realiza las auditorias internas al Área Asistencial.

COMPONENTE 9. PLANES DE MEJORAMIENTO

Elemento 27. Plan de Mejoramiento Institucional

Con el resultado de los informes de auditoria de los entes de control, de las auditorias internas, la Secretaria Distrital de Salud, las entidades a las cuales les presta servicios de salud, entre otras entidades, el Hospital establece sus planes de mejoramiento, instrumento en el que plasma los hallazgos, las acciones de mejora para subsanar lo observado, el responsable de la ejecución, las fechas de inicio y terminación, el análisis y seguimiento de la entidad.

El hospital cuenta con un plan de mejoramiento institucional, suscrito con la Contraloría de Bogotá, D. C.. A las acciones de mejora esbozadas, se les realiza seguimiento periódicamente, y se reporta al ente de control a través de SIVICOF de conformidad con la norma vigente.

Elemento 28. Plan de Mejoramiento por Procesos

El Plan de Mejoramiento por Procesos, se levanta con las observaciones y no conformidades declaradas en los informes de auditorías internas y de calidad, la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y los auditores de calidad hacen el seguimiento respectivo al estado de las acciones propuestas para subsanar las observaciones.

Elemento 29. Plan de Mejoramiento Individual

La Oficina de Talento Humano, cuenta con la formulación de Planes de Mejoramiento Individual, información que se encuentra en las hojas de vida y hace parte de la evaluación semestral. Producto de la evaluación del desempeño se elaboran los planes de mejoramiento individuales de desempeño de los funcionarios de carrera.

**CUADRO 13
RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	PORCENTAJE
1. CONTROL ESTRATÉGICO	.1.AMBIENTE DE CONTROL	61.21
	2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	66.54
	3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	54.85
2. CONTROL DE GESTIÓN	4. ACTIVIDADES DE CONTROL	64.70
	5. INFORMACIÓN	53.23
	6 COMUNICACIÓN	66.06
3. CONTROL DE EVALUACIÓN	7. AUTOEVALUACIÓN	53.50
	8. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	51.75
	9. PLANES DE MEJORAMIENTO	58
PORCENTAJE TOTAL		58.87

Fuente: Listas de Evaluación SCI–Engativá Equipo Auditor

Evaluación cumplimiento norma de Calidad NTCGP 1000:2009

El SGC tiene que ver con los 10 procesos misionales y las políticas de operación, cuenta con procedimientos definidos para cada uno de los procesos, en los cuales se encuentran identificados los respectivos puntos de control, se realiza la verificación de los procesos de Control Interno y Calidad, tienen Manual, Caracterización y puntos de control.

Cuenta con indicadores que permiten evaluar la gestión de cada uno de los procesos a nivel institucional, en torno al cumplimiento de objetivos y por consiguiente de la misión de la entidad; en los procedimientos se encuentra la denominación o el nombre del indicador.

Para los procesos misionales se cuenta con el plan de calidad del proceso, en el cual se determinan aspectos como: actividades a controlar, método de control, variables a controlar, responsables, frecuencia de control.

Para la medición, análisis y mejora el Hospital Engativá tiene definidas, planificadas e implantadas actividades de medición y seguimiento necesarios para asegurar la conformidad de sus servicios y/o procesos del SGC y para asegurar el logro de la mejora continua. El seguimiento y/o medición que emplea la Institución se aplica mediante encuestas de satisfacción que mensualmente realiza la Oficina de Atención al Usuario, las cuales son analizadas y en caso de ser necesario se efectúa al plan de mejoramiento o las acciones a que haya lugar, así mismo se informa el resultado en las reuniones administrativas.

El Hospital Engativá realiza seguimiento continuo del estado de satisfacción de los usuarios, para tal efecto realiza las encuestas de satisfacción para identificar la percepción respecto a los diferentes servicios de: a) Consulta Externa, b) Urgencias, c) Hospitalización, d) Cirugía, e) Ginecoobstetricia.

Así mismo a través de los siguientes mecanismos determina las quejas y reclamos: Encuesta de satisfacción -atención ambulatoria, urgencias, hospitalización, cirugía, ginecoobstetricia y Promoción y Prevención.

El numeral 5.3 de la norma de calidad establece que la Alta Dirección debe asegurarse que: e) Se comunique a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y sea entendida por ellos. A la fecha (13.11.12), los servidores públicos por orden de prestación de servicios son 670⁸ y los de planta 429⁹, el Área Funcional de Calidad tiene soportes de las socializaciones de Manual de Calidad, Portafolio de Servicios pero no se realiza una capacitación programada y sistemática con el objetivo de interiorizar y dar cumplimiento en la prestación del servicio de los requisitos de la norma de Calidad.

3.2.2 Síntesis de la Evaluación

⁸ De acuerdo a información de contratación

⁹ De acuerdo a información suministrada por Talento Humano

De la verificación de los elementos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en las áreas evaluadas y consolidada la información, el Sistema de Control Interno en el Hospital Engativa, arrojó un porcentaje total de 58.87, interpretado como un nivel de Regular de Mediano Riesgo en el desarrollo y operación del Control Interno en la entidad.

La entidad implementó y mantiene el Modelo Estándar de Control Interno “MECI” en sus tres subsistemas, elementos y componentes que lo integran; en el desarrollo del proceso auditor se adelantaron entrevistas, se aplicaron cuestionarios y se contrastó el cumplimiento de los componentes y elementos del MECI en: Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Oficina de Participación Social, Oficina de Atención al Usuario, SubGerencia Servicios de Salud, Unidad Funcional de Calidad, Apoyo Logístico, Oficina Asesora de Planeación, Contratación y Gestión Ambiental, además se adelantaron pruebas y verificación en la Unidad Funcional de Participación Social, Facturación, Talento Humano, SubGerencia de Servicios de Salud, las actividades ejecutadas permiten conceptuar sobre el Sistema de Control Interno; la evaluación de control interno se realizó bajo los parámetros de la metodología establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)-2005.

Evaluación cumplimiento norma de Calidad NTCGP 1000:2009

El Decreto No. 4295 de Noviembre 6 de 2007, emanado del Ministerio de la Protección Social, reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 y define en su artículo 1° como norma técnica de calidad para el Servicio General de Seguridad Social en Salud. Aplica para las ESES y las Empresas Administradoras de planes de beneficios, las adoptadas por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud definida a través del Decreto 1011 de 2006.

El Decreto No. 4595/07 en su artículo 2° define que la evaluación y verificación por parte de los entes de control, se hará sobre el cumplimiento de las normas de calidad, se hará con fundamento en lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

La Resolución No. 2181 de Junio 16 de 2008, emanada del Ministerio de la Protección Social, contempla la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público. En el anexo presenta la comparación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

La Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008 y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, son básicas para la implementación del Sistema

Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mediante Resolución 321 de septiembre de 2008, la entidad implementó las actividades tendientes al cumplimiento de los requisitos de la norma NTCG 1000:2004 del Sistema de Gestión de Calidad, la cual no está certificada a la fecha

Respecto al Sistema de Gestión de la Calidad, en cumplimiento a los Decretos 4295 de noviembre 6 de 2007, 1011 de 2006 y la Resolución 2181 de junio 16 de 2008, normas emanadas del Ministerio de la Protección Social, el Hospital cumple con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), cumpliendo con los requisitos, para lo cual fue habilitado por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en todos los servicios asistenciales ofertados, según Certificado de Cumplimiento expedido por la Secretaria Distrital de Salud el 13 de diciembre de 2012 resultado de la visita practicada a las once sedes del Hospital por parte de la Comisión de Inspección y Vigilancia de la Oferta de Servicios de Salud, Oficina perteneciente a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), para la sede Calle 80, el Hospital habilitó un total de 76 servicios y 6 ambulancias.

Proceso de Habilitación

Resolución 1043 de 2006, está direccionada al cumplimiento de los requisitos mínimos del SUH para la prestación del servicio

En cumplimiento del SOGCS (Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud), el Hospital se encuentra habilitado en todos los servicios asistenciales ofertados (Portafolio de Servicios) según Certificado de Cumplimiento, resultado de la visita practicada por parte de la Comisión de Inspección y Vigilancia de la Oferta de Servicios de Salud, Oficina perteneciente a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la cual verificó que el Hospital cumple con las condiciones tecnológicas y científicas, las condiciones de suficiencia patrimonial, financiera y de calidad técnico-administrativa establecidos en el Sistema Único de Habilitación (SUH) de prestadores del servicio de salud, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006 y Resolución No. 1043 de 2006.

La SDS renovó el Certificado de Habilitación del Hospital, según Código 110010944502 el día 19 de Mayo de 2010 y se encuentra habilitado para prestar servicios de salud hasta diciembre de 2012.

Con Resolución 454 de 2012 definió los lineamientos para la conformación articulada de un Sistema Integrado de Gestión con el objetivo de garantizar un desempeño institucional articulado y armónico, que se encuentra conformado por los siguientes ocho subsistemas: Gestión de Calidad (SGC), Interno De Gestión Documental y

Archivo (SIGA), Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO), Responsabilidad Social (SRS), Gestión Ambiental (SGA), Control Interno (SCI) y Único de Acreditación (SUA), la coordinación del proceso esta bajo la rectoría del Comité de Control Interno y Calidad. La Oficina de Planeación es la representante de la Alta Dirección ante el sistema integrado de calidad y la encargada de generar el plan de mantenimiento y sostenibilidad del MECI, proyectando las actividades de mejoramiento acordes a cada uno de los elementos. Para la integración del Sistema Integrado de Gestión se trabaja en coordinación con el Grupo Funcional de Calidad y se lidera tres estándares de acreditación a saber: Gerencia, Direccionamiento y Gerencia de la información.

3.3 EVALUACIÓN ESTADOS CONTABLES

Con el fin de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras en los Estados Contables presentados por el Hospital Engativá II Nivel ESE, con corte a 31 de diciembre de 2011 y conceptuar sobre el sistema de control interno contable de conformidad con las normas de contabilidad prescritas por la Contaduría General de la Nación y demás disposiciones vigentes, aplicables al Hospital, se desarrollaron los procedimientos contemplados en los respectivos programas, para lo cual se aplicaron técnicas de auditoría, dirigidas a determinar si estos reflejan los hechos económicos, financieros y sociales en forma oportuna y útil. De acuerdo a la evaluación realizada se observó lo siguiente:

El Hospital Engativá II Nivel ESE., a diciembre 31 de 2011 presentó activos totales por valor de \$73.742.384.212 que comparado con la vigencia inmediatamente anterior muestra un incremento en cuantía de \$1.697.522.335 como resultado del incremento de las cuentas por cobrar. Así mismo, presentó pasivos totales por \$46.341.525.242.05 que comparados con los del año 2010 aumentaron en un 20.49% es decir \$7.880.959.964

En lo referente a las cuentas de resultado por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011, la entidad obtuvo ingresos por \$78.477.194,829 superiores en 12% (\$8.444.950.098.) a los obtenidos en el año 2010 en cuantía de \$70.032.244.731. De la misma manera los costos y gastos ascendieron a \$83.650.270.246 con un incremento del 11% con respecto a la vigencia anterior, generando una pérdida del ejercicio de \$5.173.077.417.

Como resultado del análisis y verificación de los registros contables y de conformidad con los programas de Auditoría aprobados en el Comité Técnico de la Dirección Salud e Integración Social y demás normas y procedimientos de auditoría generalmente aceptados, se evidenció lo siguiente:

Activos

Efectivo

En esta denominación se incluyen las cuentas representativas de los recursos de liquidez inmediata en caja, cuentas corrientes de ahorro y en fondos disponibles para el desarrollo de las funciones de cometido estatal de la entidad contable pública.

A diciembre 31 de 2011 Hospital Engativá II Nivel ESE presentó saldos como se muestra a continuación:

CUADRO 14
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA EFECTIVO

CUENTA	VALOR
Caja	9.563.669
Depósitos en Instituciones Financieras	1.235.785.822
TOTAL EFECTIVO	1.245.349.482

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Engativa II NA. ESE

Hallazgo Administrativo con incidencia Fiscal y Disciplinaria

3.3.1 Durante la ejecución del presente proceso auditor se pudo evidenciar que la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en la vigencia 2012 realizó una auditoria en la caja principal del Hospital que depende de la tesorería al período comprendido entre enero de 2011 hasta abril de 2012, producto de la cual se encontró lo siguiente:
“.....

De acuerdo con la información solicitada de Hipócrates – se analizó los ingresos en efectivo a la caja principal provenientes de cada uno de los servicios del Hospital, tanto de calle 80 como de los centros de salud del período comprendido de Enero a Diciembre de 2011 y Enero a Abril de 2012 donde se pudo evidenciar:

CUADRO 15

CRUCE DE EFECTIVO: HIPOCRATES, CAJA PRINCIPAL Y TESORERIA												
MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNADOS DIRECTAMENTE POR TESORERIA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCIA ENTRE HIPOCRATES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
ENERO DE 2011	3,234,216	141,597,696	18902	25/01/2011	56,266,000	BANCOLOM.	41,266,000	21/01/2011	32,596,900	BANCOLOM.		
			18903	25/01/2011	57,596,900	BANCOLOM.						
			18904	31/01/2011	29,570,050	BANCOLOM.		31/01/2011	29,570,050	BANCOLOM.		
TOTAL	3,234,216	141,597,696			143,432,950		41,266,000		62,166,950	0	38,164,746	40,000,000
FEBRERO DE 2011	1,415,483	180,540,113	18907	11/02/2011	72,671,950	BANCOLOM.		11/02/2011	59,671,950	BANCOLOM.		
			18908	18/02/2011	44,863,400	BANCOLOM.		18/02/2011	34,863,400	BANCOLOM.		
			18909	25/02/2011	48,029,850	BANCOLOM.		25/02/2011	38,029,850	BANCOLOM.		
			18906	28/02/2011	154,428	BANCOLOM.						
TOTAL	1,415,483	180,540,113			165,719,628		-		132,565,200		47,974,913	33,154,428

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

CUADRO 16

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNADOS DIRECTAMENTE POR TESORERÍA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCIA ENTRE HIPOCRATES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
MARZO DE 2011	15,795,740	207,020,507	18924	04/03/2011	46,467,550	BANCOLOM.		04/03/2011	35,467,550	BANCOLOM.		
			18925	14/03/2011	56,655,650	BANCOLOM.		11/03/2011	46,655,650	BANCOLOM.		
			18926	20/03/2011	41,697,650	BANCOLOM.		19/03/2011	1,799,500	BANCOLOM.		
			18927	28/03/2011	51,987,850	BANCOLOM.		31/03/2011	23,273,200	BANCOLOM.		
			18918	31 03 2011	23,273,200	BANCOLOM.		28/03/2011	36,987,850	BANCOLOM.		
								19/03/2012	25,898,150	BANCOLOM.		
TOTAL	15,795,740	207,020,507			220,081,900	-	-	244,090	170,081,900		36,938,607	50,000,000
ABRIL DE 2011	2,399,223	190,204,011	18930	01/04/2011	3,060,600	BANCOLOM.		01/04/2011	3,060,600	BANCOLOM.		
			18931	06/04/2011	61,687,900	BANCOLOM.		08/04/2011	46,687,900	BANCOLOM.		
			18932	15/04/2011	43,114,900	BANCOLOM.		15/04/2011	33,114,900	BANCOLOM.		

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNA DOS DIRECTAM ENTE POR TESORERI A AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCI A ENTRE HIPOCRAT ES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
			18933	30/04/2011	85,958,100	BANCOLOM.		29/04/2011	65,958,100	BANCOLOM.		
TOTAL	2,399,223	190,204,011			193,821,500		-		148,821,500		41,382,511	45,000,000

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

CUADRO 17

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNADOS DIRECTAMENTE POR TESORERÍA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCIA A ENTRE HIPOCRATES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP) CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
MAYO DE 2011	1,228,374	215,843,016	18939	06/05/2011	50,998,550	BANCOLOM.		06/05/2011	35,998,550	BANCOLOM.		
			18940	15/05/2011	52,101,250	BANCOLOM.		13/05/2011	40,101,250	BANCOLOM.		
			18941	21/05/2011	44,217,300	BANCOLOM.		20/05/2011	29,217,300	BANCOLOM.		
			18942	27/05/2011	45,394,950	BANCOLOM.		27/05/2011	30,394,950	BANCOLOM.		
TOTAL	1,228,374	215,843,016			192,712,050		-		135,712,050		80,130,966	57,000,000
JUNIO DE 2011	24,223,276	196,351,556	18952	02/06/2011	45,049,900	BANCOLOM.		03/06/2011	21,049,900	BANCOLOM.		
			18953	10/06/2011	50,985,250	BANCOLOM.		10/06/2011	35,985,250	BANCOLOM.		
			18964	18/06/2011	44,893,300	BANCOLOM.		17/06/2011	27,893,300	BANCOLOM.		
			18955	28/06/2011	53,483,250	BANCOLOM.		24/06/2011	40,483,250	BANCOLOM.		
			18963	30/06/2011	18,838,600	BANCOLOM.		30/06/2011	18,847,600	BANCOLOM.		
TOTAL	24,223,276	196,351,556			213,250,300		-		144,259,300		52,092,256	68,991,000

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

CUADRO 18

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNADOS DIRECTAMENTE POR TESORERÍA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCIA A ENTRE HIPOCRATES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP) Y CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
JULIO DE 2011	5,403,732	179,258,842	18967	08/07/2011	52,320,000	BANCOLOM.		08/07/2011	37,320,000	BANCOLOM.		
			18969	25/07/2011	48,671,600	BANCOLOM.		15/07/2011	27,184,500	BANCOLOM.		
			18970	29/07/2011	23,967,300	BANCOLOM.		22/07/2011	30,671,600	BANCOLOM.		
			18968	15/07/2011	45,184,500	BANCOLOM.		29/07/2011	23,967,350	BANCOLOM.		
TOTAL	5,403,732	179,258,842			170,143,400		-		119,143,450		60,115,392	50,999,950
AGOSTO DE 2011	14,513,074	190,701,640	18980	05/08/2011	42,395,050	BANCOLOM.		05/08/2011	29,395,050	BANCOLOM.		
			18981	12/06/2011	38,381,300	BANCOLOM.		12/08/2011	11,459,300	BANCOLOM.		
			18982	19/08/2011	39,448,300	BANCOLOM.	20,922,000	19/08/2011	26,448,300	BANCOLOM.		
			18983	26/08/2011	2,411,350	BANCOLOM.		26/08/2011	2,411,350	BANCOLOM.		
			18984	30/08/2011	64,948,850	BANCOLOM.		30/08/2011	49,948,850	BANCOLOM.		
TOTAL	14,513,074	190,701,640			187,584,850		20,922,000		119,662,850		50,116,790	47,000,000

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNAD OS DIRECTAME NTE POR TESORERIA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCI A ENTRE HIPOCRAT ES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIO NES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACIO N EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
SEPTIEM BRE DE 2011	17,626,774	185,618,322	18993	02/09/2011	24,121,000	BANCOLOM.		02/09/2011	14,121,000	BANCOLOM.		
			18994	09/09/2011	14,928,750	BANCOLOM.		09/09/2011	2,928,750	BANCOLOM.		
			18998	23/09/2011	2,000,000	BANCOLOM.		15/09/2011	14,675,000	DAV.		
			19000	29/09/2011	13,000,000	BANCOLOM.		23/09/2011	29,227,000	DAV.		
			18995	09/09/2011	23,735,000	DAV.	23,735,000	29/09/2011	27,959,950	DAV.		
			18996	16/09/2011	25,200,000	DAV.	25,200,000					
			18997	16/09/2011	24,675,000	DAV.						
			18999	23/09/2011	29,227,000	DAV.						
			19001	29/09/2011	27,959,950	DAV.						
TOTAL	17,626,774	185,618,322			194,846,700		48,935,000		88,911,700		47,771,622	57,000,000
OCTUBRE DE 2011	8,359,996	160,622,782	19011	07/10/2011	44,968,400	DAV.		07/10/2011	31,968,400	DAV.		
			19012	15/10/2011	44,571,950	DAV.		14/10/2011	33,571,950	DAV.		
			19013	21/10/2011	30,084,550	DAV.		21/10/2011	23,084,550	DAV.		
			19014	26/10/2011	25,528,200	DAV.		26/10/2011	9,528,200	DAV.		
TOTAL	8,359,996	160,622,782			145,153,100		-		108,153,100		52,469,682	37,000,000

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

CUADRO 19

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNAD OS DIRECTAME NTE POR TESORERIA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCI A ENTRE HIPOCRAT ES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIO NES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACIO N EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
NOVIEMB RE DE 2011	23,746,263	146,676,692	19021	04/11/2011	27,152,000	DAV.	27,152,000	11/11/2011	31,101,300	DAV.		
			19022	11/11/2011	31,101,300	DAV.		18/11/2011	15,000,000	DAV.		
			19023	18/11/2011	15,000,000	DAV.		21/11/2011	977,350	DAV.		
			19024	25/11/2011	18,590,850	DAV.	17,613,500	29/11/2011	20,071,821	DAV.		
			19025	30/11/2011	20,071,821	DAV.						
			19020	30/11/2011	53,000,000	BANCOLOM.						
TOTAL	23,746,263	146,676,692			164,915,971		44,765,500		67,150,471		34,760,721	53,000,000
DICIEMB RE DE 2011	5,005,353	135,113,306	19031	09/12/2011	23,832,850	DAV.		09/12/2011	23,832,850	DAV.		
			19032	16/12/2011	25,414,550	DAV.		16/12/2011	25,414,550	DAV.		
			19033	23/12/2011	16,859,950	DAV.		24/12/2011	16,859,950	DAV.		
			19034	29/12/2011	16,447,650	DAV.		30/12/2011	16,447,650	DAV.		
			19030	31/12/2001	48,000,000	BANCOLOM.						
TOTAL	5,005,353	135,113,306			130,555,000		-		82,555,000		52,558,306	48,000,000

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

CUADRO 20

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNAD OS DIRECTAME NTE POR TESORERIA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCI A ENTRE HIPOCRAT ES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIO NES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACIO N EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
ENERO DE 2012	9,563,659	138,768,458	19040	06/01/2012	13,082,000	DAV.		06/01/2012	13,082,000	DAV.		
			19041	14/01/2012	25,154,000	DAV.		14/01/2012	25,154,000	DAV.		
			16042	21/01/2012	26,857,050	DAV.		21/01/2012	26,857,050	DAV.		
			19043	30/01/2012	40,275,850	DAV.		30/01/2012	40,275,850	DAV.		
			19044	31/01/2012	40,000,000	BANCOLOM.						
TOTAL	9,563,659	138,768,458			145,368,900		-		105,368,900		33,399,558	40,000,000
FEB. DE 2012	2,911,465	160,039,893	19046	07/02/2012	22,834,800	DAV.		03/02/2012	22,834,800	DAV.		
			19047	13/02/2012	30,387,800	DAV.		10/02/2012	30,387,800	DAV.		
			19057	20/02/2012	29,302,650	DAV.		17/02/2012	29,302,650	DAV.		
			19058	29/02/2012	51,640,900	DAV.		28/02/2012	51,640,900	DAV.		
TOTAL	2,911,465	160,039,893			134,166,150		-		134,166,150		25,873,743	-

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

MES / AÑO	CAJA PRINCIPAL						VALORES CONSIGNADOS DIRECTAMENTE POR TESORERÍA AL BCO	VALORES DE RECAUDOS POR COPAGOS ENTREGADOS TRANSP. DE VALORES			DIFERENCIA ENTRE HIPOCRATES VS BANCOS	DIFERENCIA ENTRE CONSIGNACIONES EN BANCO (TES.VS TRANSP)Y CONSIGNACION EN HIPOCRATES
	SALDO MES ANTERIOR	TRASLADOS HIPOCRATES EFECTIVO A CAJA PRINCIPAL	CONSIGNACION HIPOCRATES					FECHA RECAUDO	TOTAL VALOR RECAUDO	ENTIDAD		
			Nº DOC	FECHA	VALOR	ENTIDAD BANCARIA						
MARZO DE 2012	28,124,413	156,560,777	19060	13/03/2012	53,269,350	DAV.		09/03/2012	53,269,350	DAV.		
			19066	20/03/2012	47,904,250	DAV.		16/03/2012	47,904,250	DAV.		
			19069	26/03/2012	25,982,150	DAV.		23/03/2012	25,982,150	DAV.		
			19079	30/03/2012	25,000,000	DAV.	25,000,000	30/03/2012	7,690,250	DAV.		
TOTAL	28,124,413	156,560,777			152,155,750		25,000,000		134,846,000		-3,285,223	-7,690,250
ABRIL DE 2012	28,383,861	145,541,406	19087	02/04/2012	7,690,250	DAV.		13/04/2012	64,311,700	DAV.		
			19090	16/04/2012	64,311,700	DAV.		20/04/2012	30,558,350	DAV.		
			19101	23/04/2012	30,558,350	DAV.		27/04/2012	45,957,800	DAV.		
			19102	30/04/2012	45,957,800	DAV.						
TOTAL	28,383,861	145,541,406			148,518,100		-		140,827,850		4,713,556	7,690,250
GRAN TOTAL FALTANTE	191,934,902	2,730,459,017			2,702,426,249		180,888,500		1,894,392,371		655,178,146	627,145,378

Fuente: Informe oficina de Gestión Pública y Autocontrol Hospital Engativa

En el mencionado informe se establece que:

“.....

Una vez analizadas cada uno de los conceptos que ingresa en efectivo a la caja principal se observa que existe un faltante por valor de seiscientos veintisiete millones ciento cuarenta y cinco mil trescientos setenta y ocho pesos mcte (\$627.145.378) la diferencia se presenta entre las consignaciones registradas en Hipócrates por concepto de efectivo sea copagos, abonos o pagos de letras, arriendos y otros conceptos por \$ 2.702.426.249, menos las consignaciones efectuadas directamente por tesorería al banco por \$180.888.500 y los valores recaudados y entregados a la transportadora de valores del Sur Ltda. Por \$1.894.392.371. Lo anterior se pudo verificar contra los extractos bancarios de estos periodos con los bancos que se manejan para realizar estos movimientos que son; Bancolombia cuenta de ahorros No. 67351087622 y Davivienda cuenta de ahorros No. 451500014340 y solo se tomo por concepto de consignaciones efectuadas en efectivo donde se observo que no ingresaron estos dineros a ningún banco.

Así mismo se presente una diferencia por valor de Veintiocho millones treinta y dos mil setecientos sesenta y ocho pesos mcte \$28.032.768 entre los traslados efectuados por conceptos de copagos efectuados a la caja principal y las consignaciones realizadas por tesorería o por la transportadora de valores. Lo anterior corresponde al saldo que en caja principal quedo al mes de abril 2012.” (Sic para todo lo transcrito)

Las conclusiones establecidas por la auditoria realizada se fundamentan en las diferentes irregularidades que se verificaron en el manejo de la caja principal y en la Tesorería, en donde se observaron lo siguiente:

“.....

CAJA PRINCIPAL

1. La Bitácora de calle 80

No se lleva correctamente, presentan diferencias de valores entre los montos registrado y los registrados en la planilla de la empresa transportadora de valores, desorden en las fechas, se evidencian tachones, al realizar la suma de la última vez que paso la transportadora a la fecha de entrega no coinciden con el valor que queda escrito por la profesional.

2. Los cambios de claves de las cajas fuertes la realiza la cajera principal.

3. Se observo que los cajeros no realizan la entrega de turno por medio de bitácora, debidamente firmada estipulando: Facturas, Recibos manuales, Letras usadas, Total de efectivo recaudado.

Se evidenció que la cajera principal realizó las conciliaciones bancarias durante la vigencia 2011 no cumpliéndose con el proceso contable PGF21 procedimiento.

Conciliaciones Bancarias numeral 5, con relación a la vigencia 2012 no hay conciliaciones bancarias efectuadas por parte de Contabilidad, lo anterior corresponde de acuerdo con el Manual de Calidad del Hospital proceso de apoyo “Gestión Financiera al proceso PGF21 Conciliaciones bancarias” al área de contabilidad previa entrega de la información por parte de la tesorería. Donde en el año 2011 no se presento diferencia alguna con relación al efectivo.

TESORERIA

- 1. No se pudo evidenciar controles implementados y registros generados por parte de la tesorera a la caja principal.*
- 2. No se da cumplimiento en cuanto al monitoreo y seguimiento del mapa de riesgo.*
- 3. Se cumple parcialmente con el procedimiento de caja principal.*
- 4. No se da cumplimiento a la programación de la recolección del dinero por parte de la transportadora ya que esta estipulado por tesorería “La recolección de dinero en los centros diferentes a Emaus se hace cada 15 días y no cada 8”. Como lo estable el procedimiento.*
- 5. Aunque se hacen arquezos por parte de tesorería a los centros, falta mayor control, realización de cruces entre los recibos vs. facturas en forma diaria ya que se presentan diferencias.*
- 6. Se cumple parcialmente el procedimiento de arqueo a la caja principal por parte de la tesorera y lo mismo de la caja principal a las cajas de los servicios de consulta externa.*
- 7. En los informes de estado de caja vs. facturación se presenta en forma permanente: facturas sin recibo de caja, facturas que generan error fuente 31, facturas manuales sin devolver a Caja Principal, Cajas descuadradas.*

Así mismos la OGPA realizo visita los centros de Bellavista y Ferias, donde el proceso de facturación es manejado por GERENCIA ORGANIZACIONAL LTDA. Encontrando lo siguiente:

Visto lo anterior, este equipo auditor realizó una verificación del procedimiento adelantado por la oficina de Gestión Pública y Autocontrol del Hospital, encontrando ajustado el trámite y las pruebas adelantadas en la formulación de la auditoría a la caja principal y a la Tesorería. Es decir, comparte los resultados que establecieron un faltante en la caja principal y por ende en la Tesorería del Hospital por la suma de \$627.145.378

Comparte este equipo auditor que estos hechos ocurrieron por la falta de controles y seguimiento oportuno por parte de la tesorería a la caja principal y a las diferentes actividades, cruces e informes con el fin de ejercer vigilancia y verificación en la custodia de los recursos públicos.

Así las cosas, se concluye que por la ineficiente e ineficaz gestión fiscal adelantada por el Hospital, se establece un faltante en la caja principal en la suma de \$627.145.378 por concepto del efectivo recaudado por los copagos correspondientes al período enero 2011 al mes de abril de 2012, se ocasionó un detrimento al patrimonio público de conformidad con lo consagrado en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y el numeral 21 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2011.

Deudores - Servicios de Salud

Esta cuenta representa el valor de los derechos de cobro de la entidad originados en el desarrollo de sus funciones. A 31 de diciembre presentaba un saldo de \$37.696.720.624 discriminada así:

CUADRO 21
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA DEUDORES
Servicios de Salud

CUENTA	SALDO DIC. 31/11
SERVICIOS DE SALUD	37,696,720,624
Plan obligatorio de salud POS –EPS	1,626,897,161
Plan subsidiado de salud POSS –EPS	6,704,192,722
Servicios de salud- IPS privadas	11,228,067
Empresas de medicina prepagadas – EMP	3,579,198
Servicios de salud - Compañías aseguradoras	11,610,139
Servicios de salud – Particulares	144,189,158
Servicios de salud - IPS públicas	25,421,188
Servicios de salud - Entidades con régimen especial	622,985,819
Atención con cargo al subsidio a la oferta	1,230,091,168
Riesgos profesionales – ARP	47,667,345
Cuota de recuperación	141,719,316
Atención accidentes de tránsito SOAT ? Compañías de seguros	1,253,532,944
Convenios FOSYGA ? Trauma mayor y desplazados	2,688,,221
Atención con cargo a recursos de acciones de salud pública	94,916,021
Otras cuentas por cobrar servicios de salud	0
POS-EPS FACTURACION RADICADA	2,589,752,190
POSS-ESP FACTURACION RADICADA	9,095,305,849
IPS PRIVADA FACTURACION RADICA	48,422,314
EMP-FACTURACION RADICADA	1,710,062
CIAS.ASEGURADORAS.FAC.RADICADA	14,126,256
IPS PUBLICA FACION RADICADA	233,577,128
ENTIDA.REGIMEN ESPE.FAC.RADICA	2,416,874,296
SUBSIDO AL OFERT.FAC.RADICADA	10,002,634,779
ARP-FACT.RADICADA	69,779,115
ACCIDENTES.TRANS.SOAT,FAC.X RA	1,031,659,949
RECAL.FOSYGA-ECAT FAC.RADICADA	85,837,472
ACCION.SALUD.PUB,FAC.RADICADA	186,322,747
DEUDAS DE DIFICIL COBRO – Servicios de Salud	1,887,355,625
PROVISION PARA DEUDORES CR- servicios de	1,887,355,625



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CUENTA	SALDO DIC. 31/11
Salud	

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Engativa II NA. ESE

De la verificación selectiva de los documentos soportes de los registros se estableció lo siguiente: esta cuenta durante la vigencia fue disminuida en cuantía de \$160.815.378 como consecuencia de depuración contable de letras que no representaban derechos ciertos para la entidad y sustentadas en las Resoluciones 222 a la 228 del 5 de mayo de 2011.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.2 No obstante la gestión adelantada, el Hospital a diciembre 31 de 2011 presenta glosa pendiente de contestar en cuantía de \$1.522.438.925 de la cual el 51.5% tiene mas de 360 días de antigüedad equivalente a \$784.532.158, que se discrimina por vigencias en el siguiente cuadro, situación que afecta la liquidez de la entidad y contraviene lo preceptuado en el artículo 23, capítulo IV del Decreto 4747 de 2007, concordante con numeral 6 capítulo XIII del Manual de Procedimientos Contables expedido mediante Resolución 056 de 2007 del Contador General de la Nación.

CUADRO 22
INVENTARIO DE GLOSA A DICIEMBRE 31 DE 2011 CON MAS DE
360 DIAS DE ANTIGUEDAD

(Cifras en pesos)

TIPO DE PAGADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
ATENCION POBLACION POBRE OTRAS SECRETARIAS MUNICIPALES Y DISTRITALES	0	0	0	0	1,884,782	0	0	0	1,884,782
ATENCION POBLACION POBRE SECRETARIAS DEPARTAMENTALES	19,707	0	10,176,322	3,723,903	650,872	325,927	0	26,843,158	41,739,889
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO	4,035,079	96,524	989,923	8,713,659	18,612,477	16,290,344	21,220,502	168,643,336	238,601,844
EPS-ARS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	328,589	17,616,201	29,989,288	93,879,536	142,176,330	79,917,644	166,300,756	487,636,860	1,017,845,204
OTROS DEUDORES POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	16,200	0	358,055	266,422	1,984,069	314,128	0	431,310	3,370,184
SOAT ECAT	993,272	799,254	3,041,976	10,411,554	5,524,362	143,874,501	0	54,352,103	219,238,322
TOTAL GENERAL	5,392,847	18,511,979	44,555,564	116,995,074	170,832,892	240,722,544	187,521,258	737,906,767	1,522,438,925

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Engativa II NA. ESE

Hallazgo Administrativo con incidencia Fiscal y Disciplinaria

3.3.3 De conformidad con la información suministrada por el Hospital Engativá II N.A. ESE, en la actualidad, cuenta con facturación pendiente de radicar ante el correspondiente pagador de las vigencia 2004 al 2009, en cuantía de \$ 1.640.119.974 sobreestimando la cuenta deudores por cuanto los valores mencionados anteriormente, no representan derechos ciertos para la entidad en razón a que la facturación ya prescribió, según lo establecido en el artículo 789 de la Ley 410 de 1971 y la Ley 1231 de 2008, constituyéndose en un presunto hallazgo administrativo con incidencia Disciplinaria Fiscal en cuantía de \$1.640.119.974 de conformidad con lo consagrado en los artículos 3 y 6 de la Ley 610 de 2000 y I Libro II, Capítulo I, numeral 21 del artículo 34, de la Ley 734 de 2002.

CUADRO 23
FACTURACIÓN PENDIENTE DE RADICAR POR VIGENCIA

VIGENCIA	VALOR
2004	14.022.482
2005	80.914.834
2006	178.954.560
2007	220.009.212
2008	507.488.970
2009	638.729.916
TOTAL	1.640.119.972

Fuente: Estados Contables a diciembre 31 de 2011 de Hospital Engativa II Nivel ESE

Analisis de la Cartera

La cartera total por venta de servicios de salud a diciembre 31 de 2011 asciende a \$38.307.506.853 de la cual el 5% corresponde a deudas de difícil recaudo equivalente a \$1.887.355.625; al comparar los saldos de 2011 con los correspondientes a 2010 se observa un incremento de la cartera total en \$14.623.392.126 que representa el 27.5% al pasar de \$30.022.331.533 a \$38.307.506.853. Así mismo se observa un envejecimiento de la cartera toda vez que la mayor a 360 días obtuvo un incremento de 27.20% al pasar de \$13.449.448.557 a \$17.108.630.535.

De otra parte es de resaltar que del total de la cuenta deudores el Fondo Financiero Distrital de Salud participa con 27.15% equivalente a \$10.401.211.731 y que su deuda con el Hospital mayor a 360 días asciende a \$3.011.089.417.

CUADRO 24
COMPARATIVO CARTERA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR EDADES 2010 - 2011

REGIMEN	2011		2010	
	TOTAL CARTERA	MAYOR A 360 DIAS	TOTAL CARTERA	MAYOR A 360 DIAS
Régimen Contributivo	6429273365	2387383449	3230833356	1512448686



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

EPS en liquidación	12832926	12832926	12832926	12832926
Total EPS incluye EPS en liquidación	6442106291	2400216375	3243666282	1525281612
Régimen Subsidiado	13976474032	6778820556	13589619737	6179735194
ARS en liquidación	76463517	76463517	76463517	76463517
Total régimen subsidiado incluye en liquidación	14052937549	6855284073	13666083254	6256198711
SOAT ECAT	2399454981	1299535316	1678269372	765290788
Población en lo no cubierto a la demanda (secret. depta)	2771657055	1811506375	2399357931	1652128737
Población en lo no cubierto a la demanda (secret. music)	11277105496	3881374302	8045590779	2606392028
Otros Deudores	1364245481	860714094	989363915	644156681
Totales	38307506853	17108630535	30022331533	13449448557

Fuente: Estado cartera a diciembre 31 de 2011 del Hospital Engativa II NA. ESE

Propiedades Planta y Equipo

En esta denominación se incluyen las cuentas que representan el valor de los bienes tangibles de propiedad de la entidad que se utilizan para la prestación de servicios de la administración de la entidad y no están disponibles para la venta. A diciembre 31 de 2011 la cuenta presenta un saldo de \$39.196.932.276 discriminado como sigue:

CUADRO 25
CONFORMACION DE LA CUENTA PROPIEDADES PLANTA Y EQUIPO

CODIGO	DESCRIPCIÓN	SALDO
1605	Terrenos	4.175.954.309
1635	Bines muebles en Bodega	122.739.150.31
1637	Propiedad planta y equipos explotados	82.042.761.98
1640	Edificaciones	29.790.165.127.44
16055	Maquinaria y Equipo	452.748.650
1660	Equipo medico y Científico	13049.239.090
1665	Muebles y Enseres y Equipo de Oficina	2.354.121.184
1670	Equipo de Comunicación Computación	1.896.533.975
1675	Equipo de Transporte de Tracción y Elevación	932.293.862
1680	Equipo de Comedor, Cocina, Despensa y Hotelaria	53.245.272
1685	Depreciación Acumulada (CR)	-1.3712.151.106
TOTA CUENTA PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO		39.196.932.276

Fuente: Estados Contables a diciembre 31 de 2011 de Hospital Engativa II Nivel ESE

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.4 Evaluada la cuenta propiedades planta y equipo y según información suministrada por la entidad existe un total de \$429.114.415.14, por concepto de

de elementos que se encuentran en bodega como inservibles pendientes de dar de baja Sobreestimando la cuenta en ese valor y como consecuencia la cuenta depreciación se encuentra sobreestimada en la misma cuantía, Por lo anterior, se incumple con el numeral 23, capítulo III, Título II del Manual de Procedimientos de Contabilidad Pública aprobado mediante Resolución 356 de 2007 expedida por el Contador General de la Nación y el numeral 5.6 de la Resolución 01 de 2001 de la Secretaría Distrital de Hacienda.

Pasivos

Cuentas por Pagar- Adquisición de Bienes Servicios

Representa el valor de las obligaciones que la entidad adquiere con terceros, relacionadas con las operaciones que lleva a cabo en desarrollo de sus funciones.

CUADRO 26
CONFORMACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR
Adquisición de Bienes Servicios

CUENTA	VALOR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	13.729.181.174
Compra de bienes	7.417.233.176
Prestación de Servicios	4.746.116.325
Prestamos de medicamentos	1.564.931.635
Operaciones de seguros	0
Otros proveedores	900.037

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

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.5 Dentro de las cuentas por pagar se encuentran registrados préstamos con terceros en cuantía de \$1.564.931.635 sobrestimando las cuentas por pagar y los inventarios de la entidad por la adquisición de bienes y servicios sin el lleno de los requisitos, toda vez que no se cuenta con un procedimiento formalmente establecido para realizar estos préstamos y su correspondiente registro contable. El bien se recibe a través de remisiones y sólo cuando se legaliza un contrato éstas se facturan, contraviniendo lo establecido en el Manual de Procedimientos Contables.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2011.

Avances y Anticipos Recibidos

Corresponde a los anticipos recibidos por \$6.756.481.266 millones de los contratos con el Fondo de Financiero Distrital de Salud.

CUADRO 27
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS

Cifras en pesos

Avances y anticipos Recibidos	6.756.481.266
Anticipo sobre venta de bienes y servicios	6.756.481.266

Fuente: Hospital Engativa

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2011.

Provisiones Depreciaciones y Amortizaciones

Corresponde a los gastos estimados así como el valor reflejado por uso, consumo o pérdida de capacidad operacional de los bienes. Las provisiones por deudores causan un impacto importante en un total de \$5.321 millones de los cuales \$3.607 millones corresponde a reserva de glosa del FFDS y el saldo a otros pagadores. Las provisiones para demandas no presentan saldo ya que de acuerdo a lo reportado por Siproj Web no se aumentó este rubro.

CUADRO 28
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA PROVISIONES DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES

Provisión para deudores	5.321.104.783.00
Depreciación Propiedades Planta y equipo	389.807.404.15
Amortización Bienes entregados a terceros	22.294.404.00
Amortización intangibles	10.927.200.00
Total provisiones Depreciaciones y Amortizaciones	5.744.133.791.15

Fuente: Hospital de Engativa

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2011.

Costos y gastos

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

CUADRO 29

CONFORMACIÓN DE COSTOS Y GASTOS

CUENTA	VALOR
Gastos	27.089.233.007.36
Costos de Ventas y Operación	56.561.037.239.00
TOTAL	83.650.270.246.36

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2011 del Hospital Engativa II NA. ESE

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

3.3.1 Control Interno Contable

Como resultado de la evaluación del control interno contable, se evidenció que la Entidad cuenta formalmente con una oficina de Contabilidad en cumplimiento del artículo 5º de la Ley 298 de 2000, con un Profesional Especializado como Coordinador del Área, 1 asistente y 1 técnico, así mismo realiza conciliación de operaciones recíprocas, tiene definido procesos y procedimientos y tiene libros de contabilidad.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.1 No obstante lo anterior se observan las siguientes debilidades:

- El Hospital no ha adoptado un procedimiento administrativo a seguir para el recibo y registro de préstamos de proveedores por concepto de insumos hospitalarios.
- Durante la vigencia 2011 se expedieron las Resoluciones 222 a la 228 del 5 de mayo de 2011 mediante las cuales se suprimen del registro contable los títulos ejecutivos del Hospital, sin embargo, fueron registradas en contabilidad en el mes anterior a su expedición evidenciando falta de control y cuidado en el registro de las operaciones en la contabilidad en contravención al literal b, artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

En el área del activo

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.2 Se realizan conciliaciones con las demás áreas que reportan información así como también las conciliaciones bancarias sin embargo se evidenció consignaciones pendientes de registrar en libros en cuantía de \$ 88.401.730.30.

Así mismo en los registros contables presentan diferencia de \$610.786.229 al comparar con la información suministrada a través de SIVICOF formatos CB0117 Información de Cartera por deudor y edades generando incertidumbre en la certeza de la información presentada por la entidad en contravención al literal b, artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.3 Durante la ejecución del proceso auditor se evidenció que:

- Desde hace varias vigencias no se ha adelantado levantamiento de inventario físico de bienes
- No cuenta con inventarios individuales actualizados lo que genera deficiencias de control en el manejo y control de los bienes
- No obstante las gestiones adelantadas por el Hospital, éste cuenta con bienes inmuebles pendientes de legalizar como es el caso de UPA Quirigua, UPA Paris Gaitan, UPA Bellavista, UPA La Española, UPA Minuto.

Lo anterior en contravención al numeral 2.3.3 de la Resolución 01 de 2001 del Contador General de Bogotá D.C. y el literal b), artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.4 se evidenció existen saldos en la cuenta deudores pendientes de depurar que no representan derechos ciertos para la entidad, como es el caso de EPSs en liquidación sobreestimando la cuenta deudores en cuantía de \$89.296.443. Por lo anteriormente expuesto, se incumple con la Circular externa 001 del 20 de octubre de 2009 del Contador General de Bogotá y el numeral 23, capítulo III, Título II del Manual de Procedimientos de Contabilidad Pública aprobado mediante Resolución 356 de 2007 expedida por el Contador General de la Nación

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.5 Adicionalmente se observa respecto del proceso de depuración contable que la entidad no es homogénea en sus procedimientos puesto que en algunos casos se emite Resolución aprobando ficha de saneamiento y concepto jurídico como en el caso de saneamiento de pagarés y en otros casos se realiza el saneamiento contable con Resolución, lo que genera incertidumbre frente a la

homogenidad de los criterios utilizados; se cumple con lo establecido en el literal b), artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.6 De la evaluación efectuada a los estados contables a diciembre 31 de 2011 - cuenta Deudores – Servicio de Salud se pudo evidenciar que la facturación sin radicar representa 31.25% respecto del total de la mencionada cuenta. Esta situación administrativa de tener facturas sin radicar atenta con el oportuno reconocimiento y en consecuencia pago de los servicios asistenciales prestados por el Hospital y frente a los cuales este ha asumido unos costos, lo que afecta directamente la liquidez y en consecuencia pone en riesgo los recursos del erario por cuanto la falta de oportunidad de cobro de los títulos valores puede generar el fenómeno jurídico de la prescripción de literal a) del artículo segundo de la Ley 87 de 1993.

En el área del pasivo

Hallazgo con incidencia administrativa

3.3.1.7 En desarrollo del proceso auditor se evidenció que de las cuentas por pagar por concepto de adquisición de Bienes y Servicios (\$12.163.349.501) el 13.8% por valor de \$1.683.269.421 tienen más de 360 días de antigüedad. Así mismo se evidenció que las cuentas por pagar se causan con remisiones cuando ingresan los medicamentos mediante la modalidad de préstamo y no sobre factura, lo que contraviene lo normado y en consecuencia no permite generar certeza sobre la legalidad de los compromisos adquiridos lo cual contraviene lo establecido en los literales a) y e), Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En las cuentas de resultado:

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

Concepto Control interno Contable

Una vez evaluados los componentes generales y específicos del control interno financiero, establecidos en el formulario No. 2, adoptado por la Resolución

Orgánica 5993 de 2008 expedida por la Contraloría General de la República se conceptúa que el control interno Contable del Hospital Engativá II Nivel ESE es “**Confiable**”.

Opinión Sobre los Estados Contables

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes, los Estados Contables, del Hospital Engativa II Nivel ESE presentan razonablemente, la situación financiera y los resultados de las operaciones, en sus aspectos mas significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2011, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

3.4. EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

La Junta Directiva del Hospital Engativá II Nivel ESE, mediante Acuerdo 010 de 19/10/2010, emitió concepto favorable al proyecto de presupuesto para la vigencia fiscal 2011. El Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal CONFIS, aprobó el Presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversiones del Hospital para esta vigencia en la suma de \$67.220 millones y fue liquidado por Resolución No. 498 de 27/12/2010.

Presupuesto de Rentas e Ingresos

CUADRO 30
COMPARATIVO PRESUPUESTO DE INGRESOS 2011

(En millones de \$)

RUBRO	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2010	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2011	VARIACIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL		%
					PARTICIPACIÓN PRESUPUESTO DEL 2011
Disponibilidad inicial	0	1.637	1.637		
Ingresos Corrientes	66.876	78.961	12.095	18%	98
Venta de bienes y servicios	61.318	72.238	10.920	18%	89.6
Otras rentas contractuales	5.423	6.419	996	18%	8
Otros ingresos no tributarios	135	303	168	124%	0.37

RUBRO	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2010	PRESUPUESTO DEFINITIVO 2011	VARIACIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL		% PARTICIPACIÓN PRESUPUESTO DEL 2011
TOTAL INGRESOS + D INICIAL	67.220	80.598	13.378		

Fuente: Información de SIVICOF

El presupuesto aprobado para la vigencia 2011 tuvo un incremento del 20% con relación al presupuesto oficial de ingresos y gastos de la vigencia fiscal de 2010, el cual fue de \$67.014 millones.

Modificaciones al presupuesto

Mediante 16 Resoluciones de modificación al Presupuesto, se le adicionó el 20%, representado en \$11.741 millones para alcanzar un monto final para la vigencia 2011 de \$80.598,6 millones; estas modificaciones están sustentadas en los siguientes conceptos: ajustes basados en las cifras resultantes del cierre presupuestal y financiero de la vigencia 2010, ajustes por convenios entre entidades, sustitución de rentas o ingresos de acuerdo con el comportamiento real del recaudo, incremento de la producción por suscripción de contratos (caso particular, contrato suscrito con la Nueva EPS) y reconocimiento de eventos no incluidos en el POS por parte del Ministerio de Salud.

CUADRO 31
COMPORTAMIENTO PRESUPUESTO DE INGRESOS – RECAUDOS

(En millones de pesos)

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO INICIAL	MODIFICACIONES	PRESUPUESTO DEFINITIVO	TOTAL RECAUDADO	% RECAUDO
DISPONIBILIDAD INICIAL	0	1.637.7	1.637.7	1.637.7	100
INGRESOS CORRIENTES	67.220	11.741	78.961.0	58.936.7	75



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO INICIAL	MODIFICACIONES	PRESUPUESTO DEFINITIVO	TOTAL RECAUDADO	% RECAUDO
VENTA BIENES Y SERVICIOS	67.100	5.138.6	72.238.6	52.437.3	73
FFDS Atención a vinculados	13.919	3.336.6	17.255.6	13.774	80
FFDS Venta servicios sin situación de fondos	4.759	-612.6	4.146.	4.146	100
Régimen contributivo	4.100	2.500	6.600	4.721	72
Régimen subsidiado capitado	13.072	0	13.072	6.795	52
Régimen Subsidiado no capitado	11.144	-1.581	9.562	2.413	25
CONVENIOS DESEMPEÑO	0	6.200	6.200	5.990	97
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	120	182.8	302.8	289.9	96
TOTAL	67.220	11.741	80.598.6	60.583.4	75

Fuente: Datos SIVICOF diciembre 31 2011

La ejecución de ingresos alcanzó el 75% de recaudo; en esta ejecución se encuentran rubros que presentaron sobre ejecuciones como: Otros pagadores por venta de servicios (172%) y Entes Territoriales (250%). La suma pendiente de recaudar, está representado en los rubros FFDS Atención a vinculados, Régimen subsidiado capitado y Régimen subsidiado no capitado, teniendo en cuenta que hubo recaudos tan bajos como el dado en este último, que fue del 25%.

Además de lo anterior, en cuanto a la composición definitiva de los ingresos, se estableció que el 49.7% (\$5.836 millones) de las adiciones realizadas en la vigencia, correspondieron a los rubros Venta bienes y servicios régimen contributivo (21,3%) y FFDS Atención a Vinculados (28,4%); El Hospital sobre

estas adiciones obtuvo ingresos reales del orden de \$2.976 millones, que corresponden al 51%, como se verifica en el siguiente cuadro:

CUADRO 32
COMPORTAMIENTO MODIFICACIONES PRESUPUESTO DE INGRESOS
(En millones de pesos)

Rubro presupuestal	Modificación: Adición (de oct a dic de 2011)	Documentos que lo soportan	Valor y fecha de lo realmente recaudado (de oct a dic de 2011)
212040101 FFDS Atención a Vinculados	2.724.	Ajustes según contratos 479/07,770/07,945/11 y 946/11	2.501
212040108 Venta de B y Servicios – Régimen Contributivo -	2.500.	Contrato con la Nueva EPS de diciembre 30/2010	475
TOTALES	\$5.224.		\$2.976

Fuente: Información suministrada por el Hospital Engativá

Las adiciones en comento se dieron entre los meses de octubre y diciembre; se verificó que posterior a la fecha de la adición tan solo se recaudó del rubro Régimen Contributivo el 35% del valor facturado, igualmente, se señala que la facturación fue del 54.6% de la adición; para el caso del rubro FFDS Atención a Vinculados, el comportamiento fue el siguiente: a pesar de que según soportes, el recaudo de la adición fue bueno, ya que alcanzó el 92%, no se puede decir lo mismo del total del rubro, donde éste, en definitiva presentó un valor absoluto por recaudar de \$3.481 millones cifra que representa el 17.4% del total sin recaudar.

Esta situación es reconocida por el Hospital en su documento Diagnóstico de la situación actual del Hospital, realizado en la presenta vigencia, en cuyo numeral 5. Análisis Financiero, señala que el indicador “facturado vs recaudado” muestra desmejoramiento constante en las últimas 4 vigencias hasta llegar al 59% del recaudo en 2011.

Lo anterior permite concluir que el recaudo alcanzado, aunado a la condición de que las adiciones se realizaron sin la real certeza de ser recaudadas, permitieron comprometer recursos inexistentes que llevaron finalmente a la conformación de cuentas por pagar que superaron en el 95.3% a las constituidas en 2010, las cuales finalmente fueron por \$10.844 millones.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.4.1. Según el comportamiento de la ejecución de ingresos, se evidencia falta de gestión de la Entidad frente al recaudo de lo presupuestado, incluyendo las adiciones dadas en el último trimestre de la vigencia, hecho que coadyuvó al endeudamiento del Hospital, al constituirse Cuentas por Pagar que superaron en 95.3% de las correspondiente al año 2010. Esa situación se configura en hallazgo administrativo al contravenir lo establecido en el objetivo estratégico No. 3, en la Política financiera del Hospital y en el literal a del artículo 30 del Decreto 195 de 2007.

Presupuesto de Gastos e Inversiones

CUADRO 33
EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE GASTOS

(En millones de pesos)

NOMBRE DE LA CUENTA	APROPIACIÓN DISPONIBLE	COMPROMISOS ADQUIRIDOS	% EJECUC PRESUP	TOTAL GIRADO	% EJECUC GIROS
Gastos Funcionamiento	15.173.9	15.042.7	99.1	11.296.6	75
Gastos Operación	65.014.6	64.329.7	99	47.000.3	73
Inversión	410.1	410.1	100	377.3	92
TOTAL	80.598.6	79.782.5	99	58.674.2	73.5

Fuente: Datos SIVICOF diciembre 31 2011

En la distribución de los gastos, el rubro Gastos de Funcionamiento representa el 18.8% y el rubro Gastos de Operación el 80.6% de la apropiación disponible. La contratación de servicios asistenciales cubre el 35.4% de la apropiación correspondiente a Gastos de Operación y 28.5% de la apropiación total.

La ejecución del gasto alcanzó el 99%; de estos compromisos se giró el 73.5%, por lo que las cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2011, cubren el restante 26.5%, según la siguiente distribución: gastos de funcionamiento (17.7%), gastos de operación (82.1%).

Es de resaltar que el Hospital durante la vigencia 2011 no contó con apropiación para Inversiones, lo que muestra que todos los recursos se destinaron a su sostenimiento.

Cuentas por pagar.

Las cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2011 presentan la siguiente conformación: Gastos de funcionamiento \$3.775 millones; Gastos de operación \$17.426 millones y Gastos de inversión \$33 millones, para un total de \$21.108

millones. Según información suministrada en SIVICOF, las cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2011, por valor de \$21.108 millones, superaron el monto de las constituidas en 2010 (\$10.843. millones) en 95.3%, lo que indica deterioro en la gestión de recaudo. Por otro lado, se establece que del total de las Cuentas por Pagar constituidas en diciembre de 2010, se ejecutó el 78.4% durante la vigencia fiscal de 2011.

Programa Anual Mensualizado de Caja PAC 2011

Según documento CBN 1001 rendido en Sivicof con corte diciembre 31 de 2011, el saldo neto de \$1.245,3 millones.

Cierre presupuestal

El 90% de los compromisos adquiridos en el mes de diciembre de 2011, se dieron el 30 de diciembre, fecha en la cual se adelantó el cierre presupuestal; los \$9.027 millones comprometidos en esta fecha, representan además, el 11.3% del total de los compromisos de la vigencia.

Control interno presupuesto

Se evidenció que el Hospital lleva el registro de sus operaciones presupuestales de acuerdo con la normatividad aplicable y que éstos son mantenidos en la seguridad que da el Sistema de Información Hipócrates. Según la muestra evaluada de cuentas por pagar se puede concluir que están debidamente soportadas y reservadas.

3.5. EVALUACION A LA CONTRATACIÓN.

En ejercicio de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular a la Vigencia 2011 que se realizó al Hospital, se tomó una muestra selectiva de los contratos a evaluar, muestra que se determinó siguiendo los lineamientos del encargo de la auditoría y aplicando la metodología de estandarización del proceso de selección técnica de la muestra, de acuerdo con la información de la contratación suscrita durante la vigencia 2011 y la reportada al SIVICOF, seleccionándose los siguientes contratos:

**CUADRO 34
MUESTRA DE CONTRATOS**

	No. CONTRATO	OBJETO
1	7780-4-2011	PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	No. CONTRATO	OBJETO
		CONVENCIONAL Y ESPECIALIZADO
2	841/2011	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PROCESO ESPECIALIZADO DE OFTALMOLOGIA.
3	4526-6-2011	PRESTACION INTEGRAL DE PROCESOS DE FACTURACION, CTAS MÉDICAS,AUDITORIA MÉDICA ETC.
4	834-2011	SUMINISTRO DE ALIMENTOS A PACIENTES HOSPITALIZADO
5	845-2011	SERVICIO DE LAVANDERIA
6	844-2011	SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS
7	4561-8-2011	PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL Y ESPECIALIZADA.
8	2808-6-2011	DEPURACION Y SANEAMIENTO CONTABLE DE LA CARTERA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL
9	835-2011	SUMINISTRO DE COMBUSTIBLES PARA LOS VEHICULOS Y PLANTAS.
10	7781-4/2011	PRESTACION SERVICIOS GASTROENTEROLOGIA
11	4529-6/2011	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA.
12	4433-6/2011	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
13	839/2011	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PROCESO ESPECIALIZADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
14	7752-4/2011	ELABORACION Y SUMINISTROS, DE EJEMPLARES DEL TEXTO "COSAS DE NIÑAS" ORIENTADOS A LA PROMOCION SALUDABLE EN TEMATICAS COMO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.
15	4523-6/2011	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DE UCI
16	7698-4/2011	SUMINISTRO INSUMOS DE ASEO
17	5422-2011	ARRENDAMIENTO PARQUEADERO

Fuente: Hospital Engativa

Como se observa en el cuadro No.35 se evaluaron las diferentes tipologías contractuales, tales como contratos de prestación de servicios para la tercerización de servicios asistenciales y administrativos, suministro de material médico quirúrgico, de alimentación hospitalaria, de repuestos para equipos biomédicos, de combustibles para vehículos y plantas, prestación del servicio de lavandería.

La evaluación se realizó desde el punto de vista de la ejecución física de la contratación suscrita, proceso dentro del cual se verificó las etapas precontractual, contractual y postcontractual determinando la cantidad y calidad de los bienes y servicios adquiridos, así como los sobrecostos y la utilidad de los contratos, verificando que se cumplieron con los objetivos para los cuales se realizó la inversión.

De la evaluación realizada se observó lo siguiente:

En la presente auditoría se constató que el Hospital cuenta con un plan de compras, el cual se ejecutó de manera fraccionada, dependiendo de la cantidad de recursos disponibles con los que el Hospital contó durante la vigencia auditada; los contratos evaluados, cuentan con requerimientos realizados por parte de los servicios, se verificó el cumplimiento de requisitos necesarios para la celebración de los mismos tales como: Certificados de Disponibilidad Presupuestal y Certificados de antecedentes, disciplinarios, Judicial y Fiscal.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.1. De la verificación de la documentación que obra en los contratos No. 7752-2011 y 4433-2011 no se evidencia la solicitud de cotizaciones para la adquisición de bienes y servicios, lo que no permite establecer, que en la contratación adelantada se hayan consultado los precios del mercado con el fin de maximizar los recursos del erario, que en igualdad de condiciones de calidad los bienes y servicios se obtengan al menor costo .

Lo anterior evidencia la ausencia de verificación del análisis de las condiciones de mercado supone la utilización de metodologías y procedimientos de distinta naturaleza que se deben aplicar necesariamente, según las condiciones particulares de la prestación que pretende contratar la entidad y de esta forma no permitir que sean los oferentes quienes establezcan el precio de los bienes y servicios que la entidad pretende adquirir, situación que atenta con la correcta gestión fiscal, representada en el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Incumpliendo lo consagrado en el en el artículo 8 de la Ley 42 de 1993 y en el artículo 3 de la Ley 610 de 2010.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.2. Durante la vigencia 2011, se observa que el Hospital seleccionó como modalidad contractual la tercerización de servicios asistenciales de salud, entre los cuales se encuentra, la prestación del servicio de Radiología, Cardiología, Gastroenterología, Ortopedia, Oftalmología entre otros, no obstante de la revisión documental de los contratos celebrados, no se observan estudios previos de costo

beneficio que le hayan permitido al Hospital elegir la mencionada modalidad contractual. De la misma manera no se observa que durante la vigencia auditada se evaluara los resultados de la misma. Es decir, el Hospital actuó con improvisación en la implementación de una metodología para la inversión de los recursos del estado a través de la contratación para la prestación de los servicios misionales. Incumpliendo el principio de planeación establecido en el artículo 209 de la Constitución Política, artículo 8 de la Ley 42 de 1993 y artículo 3 de la Ley 610 de 2000.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.3. En las carpetas que contienen los expedientes contractuales solo se evidencia la información pre-contractual, pero en ellas no se pudo verificar los documentos que soportan la ejecución de los mismos, es así como los supervisores no remiten los informes con los correspondientes soportes para que reposen en la carpeta de cada uno de los contratos, poniendo en riesgo la integralidad del contrato. Lo anterior quiere decir que el archivo de la información contractual se encuentra en alto riesgo, presentándose incumplimiento de lo dispuesto en la Ley 594 de 2000.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.4 Los Informes de gestión de los supervisores de los contratos evaluados no son adecuados, por cuanto los funcionarios que cumplen la labor no consignan en ellos constancia de la calidad de los bienes y servicios prestados, donde se describa el cumplimiento de metas y logro de objetivos buscados con la contratación; estos solo se enfocan, y aplican, a la legalización de los documentos que soportan los gastos con cargo al contrato correspondiente, incumpliendo con lo consagrado literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.5. De la verificación de pólizas de garantías de los contratos evaluados se observa que en los contratos números 0834-2011, 0841-2011, 0845-2011, 5433-2011, se expidieron las pólizas con posterioridad al inicio de la ejecución contractual, lo que puso en riesgo la efectividad de los amparos constituidos y en consecuencia los recursos de patrimonio público frente a la efectividad del amparo durante el término en el cual no estuvieron cubiertos los riesgos establecidos por el Hospital en la contratación suscrita. Incumpliendo lo consagrado en los numerales a) y e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.6. El Hospital celebró el Contrato de Prestación de Servicios 5433-2011 con la firma Gerencia Organizacional Ltda cuyo objeto es:

“Depuración y saneamiento contable de la cartera registrada en estados financieros del hospital Engativá. Incluyendo lo correspondiente a todos los pagadores que presentan cuentas por cobrar.”

Contrato dentro del cual se pactó un porcentaje equivalente al 3% del proceso adelantado en depuración y saneamiento contable. No obstante lo anterior y una vez revisado los pagos dentro del presente contrato y dentro de todos los contratos que suscribió el Hospital durante el año 2011 con esta firma y con el mismo objeto, no se puede establecer con claridad los conceptos detallándose los valores pagados dentro del mismo. Al respecto se observan cifras totales sin discriminarse y evidenciarse con realidad la gestión realizada con el presente contrato, lo que genera incertidumbre frente a los pagos efectuados, incumpliendo con lo consagrado literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.5.7. Este proceso auditor determinó que el Hospital celebró el contrato No. 5422 de 2011, proceso contractual en el cual se evidenciaron las siguientes observaciones:

- No se evidencian los documentos que soportan el estudio económico realizado por el Hospital para cuantificar la inversión que se realizará en el lote.
- Siendo que de la revisión de lo pactado contractualmente se establece que en realidad el contrato no es un arrendamiento si no una concesión, no se evidencia un estudio previo que permita determinar el costo beneficio del proyecto, en aras de obtener una mejor posición para el hospital.
- En lo pactado contractualmente, se estableció que el valor del canon de arrendamiento se queda estático, es decir no presenta ningún tipo de incremento durante los 5 años que se ejecutará el contrato.
- No existen análisis de riesgos frente a la contratación suscrita, tampoco existe una distribución de los mismos.

En el expediente obra oficio suscrito por la Defensoría del Espacio público que solicita la terminación del contrato y acta de suspensión de las obras, por cuanto se evidencia la voluntad de la administración de dar por terminado de manera bilateral el mismo. Es decir, el Hospital está adelantando el procedimiento administrativo que permita cuantificar la inversión realizada por el contratista para su eventual reconocimiento.

Lo anterior nos permite evidenciar que la inadecuada disposición de los bienes a

cargo del hospital, a través de la gestión contractual sin el adelantamiento oportuno de los trámites administrativos necesarios para la disposición del mencionado bien, pone en riesgo los recursos del Hospital ante la eventualidad de reclamaciones futuras y la definición de la situación jurídica actual. Incumpliendo lo consagrado en literal a) artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa, fiscal y disciplinaria

3.5.8. Durante las vigencias fiscales 2009, 2010 y 2011, el Hospital Engativá celebró contratos de transacción con cuantía superior a 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada año así:

CUADRO 35
RELACIÓN DE CONTRATOS DE TRANSACCIÓN
AÑO 2009
CUANTÍA MAYOR A 50 SMLMV

CTO. No.	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar Publicación Resolución No. 384 de 2008
55	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ASISTENCIAL	\$ 656.365.441	\$2.527.000
56	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	\$ 179.729.630	\$980.200
57	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ASISTENCIAL	\$ 161.237.839	\$2.527.000
58	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	\$ 630.062.584	\$2.527.000
69	KEY MARKET S.A.	ALQUILER DE COMPUTADORES E IMPRESORAS	\$ 114.000.000	\$882.600



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CTO. No.	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar Publicación Resolución No. 384 de 2008
1166	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ASISTENCIAL	\$ 1.185.078.515	\$3.393.200
1167	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	\$ 307.487.797	\$1.801.300
1258	CONSORCIO PROMOVRIENDO COOGESERVIR	SERVICIO DE ASEO EN TODAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL	\$ 30.000.000	\$394.800
1261	TERESA EDITH MURILLO ARIAS Y/O E.C. INGE-SISA	SERVICIO DE TRANSPORTE EN GENERAL PARA EL HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL E.S.E.	\$ 71.400.000	705.800
1325	ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA. "AFENPE LTDA."	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO Y DESARROLLO TEMPORAL DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	\$ 150.794.839	\$980.200
1326	COOPERATIVA DE ESPECIALISTAS EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE BOGOTÁ C.T.A. "COOPERAB C.T.A."	ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE RADIOLOGÍA, INTERPRETACION DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA GENERAL Y TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA, REALIZACION E INTERPRETACION DE EXAMENES DE ECOGRAFIA	\$ 45.000.000	\$520.200
142*	CONSORCIO PROMOVRIENDO COOGESERVIR	SERVICIO DE ASEO EN TODAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL	\$ 36.000.000	\$458.200
				\$17.697.500

Fuente: Información suministrada Hospital de Engativá.

CUADRO 36
RELACIÓN DE CONTRATOS DE TRANSACCIÓN
AÑO 2010
CUANTÍA MAYOR A 50 SMLMV

CTO No.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar Publicación Resolución 464 de 2009
180	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	200.000.000	\$1.278.200
182	LAVANDERIA CLEAN EXPRESS	SERVICIO DE LAVANDERÍA DE ROPA HOSPITALARIA	43.451.254	\$535.800
183	COOGESERVIR CTA	SERVICIO DE ASEO	76.200.179	\$727.000
194	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	46.649.887	5\$35.800
195	COOPERAB CTA	ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE RADIOLOGIA, INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGIA GENERAL Y TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA, REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE EXAMENES DE ECOGRAFIA	39.621.856	\$471.900
197	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	46.649.887	\$535.800
517	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	93.229.774	\$791.700
1134	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	46.649.887	\$535.800
2186	NUTRIR DE COLOMBIA LTDA	SUMINISTRO DE ALIMENTOS A PACIENTES HOSPITALARIOS	66.357.803	\$659.700
2187	APROTEC LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	46.649.887	\$535.800
3046	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE GIRARDOT MEDICOOP	SERVICIOS ASISTENCIALES - PEDIATRIA.	40.000.000	\$471.900
3048	JINA MAYERLY FORERO MAHECHA	SUMINISTRO DE INSUMOS DE ASEO	61.382.975	\$659.700
3054	FERRETERIA HERRAMIENTAS Y CERRADURAS	SUMINISTRO DE MATERIALES ELECTRICOS Y DE FERRETERIA	83.082.833	\$727.000
3055	CRYOGAS S.A.	SUMINISTRO DE OXIGENO INSTITUCIONAL	55.896.116	\$565.200
3056	OXICARE	SERVICIO DE OXÍGENO	30.000.000	\$406.600

CTO No.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar Publicación Resolución 464 de 2009
		DOMICILIARIO		
3057	CARDIOGLOBAL LTDA	SERVICIOS ASISTENCIALES	469.428.964	\$1.855.300
3059	SOCIEDAD DE OFTALMÓLOGOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL	SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA	266.619.009	\$1.550.400
3060	CARDIOGLOBAL LTDA	SERVICIOS ASISTENCIALES	164.165.450	\$1.009.600
3061	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE GIRARDOT MEDICOOP	SERVICIOS ASISTENCIALES - PEDIATRIA	115.600.000	\$909.100
3062	CONGREGACIÓN MÉDICA DE CUNDINAMARCA - COMEDIC	SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA	72.543.853	\$727.000
3066	SEGURIDAD COSMOS LTDA	SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA	167.461.283	\$1.009.600
3067	IDIME - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	223.348.654	\$1.550.400
3068	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE GIRARDOT MEDICOOP	SERVICIOS ASISTENCIALES - PEDIATRIA	90.000.000	\$727.000
				\$18.240.500

Fuente: Información suministrada Hospital de Engativá.

CUADRO 37
RELACIÓN DE CONTRATOS DE TRANSACCIÓN
AÑO 2011
CUANTÍA MAYOR A 50 SMLMV

CTO No.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar PublicaciónResolución No.450 de 2010
1594	E.C. LAVANDERIA AUTOSERVICIO D.C.K	PRESTACION DE SERVICIO DE LAVANDERIA	73.713.285	\$748.800
1595	NUTRIR DE COLOMBIA	SUMINISTRO DE ALIMENTOS A	76.931.603	\$748.800



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CTO No.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar PublicaciónResolución No.450 de 2010
	LTDA.	PACIENTES HOSPITALARIOS		
1601	KEY MARKET S.A.	ALQUILER DE COMPUTADORES	90.077.760	\$815.500
2461	MEDICOOP	SERVICIOS DE ORTOPEDIA	89.463.499	\$748.800
2801	CRYOGAS	SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO	232.285.500	\$1.596.900
2841	IDIME	PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD	354.980.220	\$1.911.000
2842	CRYOGAS	SUMINISTRO GASES MEDICINALES	120.203.884	\$936.400
2854	CRYOGAS	SUMINISTRO OXIGENO DOMICILIARIO	123.192.000	\$936.400
3572	WELFARE CARE LTDA.	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	39.769.857	\$486.100
3573	WELFARE CARE LTDA.	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	142.030.480	\$1.039.900
3600	EQUIMEDICA LTDA.	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	83.447.866	\$748.800
3603	CARDIOGLOBAL	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DE UCI	204.428.964	\$1.316.500
4468	GERENCIA ORGANIZACIONAL LTDA.	PRESTACION DE SERVICIOS	80.000.000	\$748.800
4523	CARDIOGLOBAL	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DE UCI	316.127.043	\$1.911.000
4524	AGUILA DE ORO	PRESTACION SERVICIOS	82.725.502	\$748.800
4525	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. "IDIME S.A."	PRESTACION SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA A PACIENTES EPS CONTRIBUTIVA.	180.838.980	\$1.316.500
4529	FUNDACION PROMOVEMOS SALUD	PRESTACION SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	76.289.773	\$748.800

CTO No.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	OBJETO	VALOR CONTRATO	Valor dejado de Pagar PublicaciónResolución No.450 de 2010
4531	SOCIEDAD DE OFTALMOLOGOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL LTDA.	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL PROCESO ESPECIALIZADO DE OFTALMOLOGIA	144.750.510	\$1.039.900
5286	PHARMA EXPRESS S.A.	SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS	200.000.000	\$1.316.500
5429	COTRAESTUR S.A.	SERVICIO TRANSPORTE SALUD PUBLICA	26.900.000	\$418.800
				\$20.283.000

Fuente: Información suministrada Hospital de Engativá.

Como se puede observar en los cuadros anteriores, el Hospital incumplió con la obligación legal de publicar los contratos suscritos con cuantía superior a 50 salarios mínimos vigentes para los años 2009, 2010 y 2011, de acuerdo con lo establecido en el artículo 60 de la Ley 190 de 1995, con este incumplimiento la Imprenta Distrital dejó de percibir, el valor correspondiente a la publicación de los contratos de transacción celebrados, de conformidad con la Resoluciones No. 384 de 2008, 464 de 2009 y 450 de 2010 expedidas por la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. La conducta descrita incumple lo consagrado en el artículo 60 de la Ley 190 de 1995, en el artículo 6 de la Ley 610 de 2001 y en el numeral 1 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Hallazgo con incidencia administrativa, fiscal y disciplinaria

3.5.9. El Hospital de Engativá, mediante contrato de compraventa No. 4829 de 2 de octubre de 2009, adquirió un Mamógrafo Screening (AGFA – No. 5503 DRYSTOR), a la firma Distribuciones Sologenericos Ltda, por valor de \$587.125.301. El equipo adquirido en el mencionado contrato ingresa almacén del Hospital el 3 de febrero de 2010, fecha en la cual el Hospital no había realizado las obras necesarias para la instalación y puesta en funcionamiento del equipo. De acuerdo con la información suministrada por el hospital, solo hasta el 7 de agosto de 2010, 6 meses después del ingreso al almacén del equipo, un representante de la firma contratista realiza la capacitación y la prueba de digitalización de imagen, la cual fue satisfactoria.

Posteriormente en el mes de septiembre de 2011, 18 meses después de recibido el equipo, se detectaron fallas en el funcionamiento del software de visualización, frente a lo cual informa el Hospital que de manera telefónica realizó requerimientos

a la firma Sologenéricos Ltda, para efectos de hacer efectiva la garantía de calidad.

A partir de octubre de 2011, se suscitó una controversia entre el Hospital y el contratista, relacionada con la responsabilidad por las fallas presentadas en el software.

Durante el año 2012, el Hospital con el fin de subsanar la falla presentada por el equipo adquirido en la digitalización de la imagen que presenta la solución de mamografía se suscribió el contrato No. 2212 de 2012 con la empresa RX S.A. por un valor de \$22.040.000. Así mismo y de conformidad con lo informado por el Gerente de la entidad.

De lo manifestado en los párrafos anteriores, se puede concluir que el Hospital de Engativá, con el Contrato No. 4829 de 2009, no alcanzó los fines de la contratación estatal¹⁰, por cuanto el equipo adquirido para prestar el servicio de mamografía a los usuarios de éste, no ha podido ser utilizado, por la ineficiente e inoportuna gestión fiscal, adelantada por la entidad en el contrato en mención.

Esta situación evidencia la inicial falta de planeación, por cuanto se adquiere un equipo sin tenerse previstas las obras adicionales necesarias para su instalación, las inadecuadas condiciones de almacenamiento después de su entrega al Hospital; así mismo, este ente de control cuestiona la oportunidad en la verificación del estado de funcionamiento del equipo, de mantenimiento preventivo, y la falta de oportunidad en el requerimiento al contratista para efectos de hacer efectivas las garantías de cumplimiento, situación fáctica que sustenta en el término transcurrido entre la entrega al Hospital y las pruebas que determinaron la falla pasaron 18 meses.

En virtud de lo anterior, y teniendo en cuenta que el Hospital tuvo que realizar una inversión adicional para la puesta en funcionamiento del mencionado equipo, mediante la celebración del Contrato No. 2212 de 2012 con la empresa RX S.A. por un valor de \$22.040.000, y por la ineficiente gestión fiscal adelantada, se ocasionó un daño de conformidad con lo establecido en el artículo 3 y 6 de la Ley 610 de 2000 e incumpliendo lo consagrado en el numeral del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

¹⁰ Artículo 3 Ley 80 de 1993 y Artículo 8 de la Ley 42 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa, fiscal y disciplinaria

3.5.10 Tal como lo señala el informe de la Veeduría Temática Integral al Hospital de Engativá de fecha 2 de octubre de 2011, este proceso auditor pudo evidenciar que la entidad como consecuencia de la inadecuada utilización del TAC AQUILON marca Toshiba 64, se vio en la necesidad de incurrir en los siguientes costos por intervención correctiva y compra de repuestos así:

CUADRO 38
CONTRATOS CELEBRADOS REPARACIÓN TAC

Contrato No.	Contratista	Objeto	Valor Contrato	Observaciones
4461-11	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	Suministro de repuestos para el tomógrafo, tarjeta MHR BP mano de obra revisión y reparación.	\$17.748.000	Reporte No. 16984, al mirar en los errores se encontró problemas con el disco 121 del RDD4, se intentó formatear el disco pero el sistema no dejo. Al revisar se encontró una tarjeta MHR- BP dañada presenta problemas de sobrecalentamiento en dos disparadores. Observaciones: Se recuerda que la unidad que contiene estas tarjetas (REC – C), estuvo sometida a altas temperaturas por problemas con el aire acondicionado.
6143-11	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	Suministro de 4 tarjetas electrónicas para el tomógrafo.	\$110.000.000	Reporte de fabrica No. MNS-CT-H526 del 8 de septiembre de 2001, reporte de tarjetas por parte de la fabrica se realiza revisión de cuatro tarjetas donde están deterioradas y se diagnostica la causa de la falla, estos deterioros y decoloración de las tarjetas ocurrieron durante un problema de enfriamiento del RC BOX Y/O el lugar del RE BOX, incluyendo el ambiente de la habitación en la que se encuentra el RED BOX- problema de sobrecalentamiento.

Contrato No.	Contratista	Objeto	Valor Contrato	Observaciones
904-12	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	Suministro de repuesto para el tomógrafo PW chasis.	\$12.678.800	Reporte técnico No. 21421, Se revisa los errores y efectivamente se encuentra un error de reconstrucción. Se reemplaza el Back plane que es modulo donde van insertadas todas las tarjetas de reconstrucción, se hacen pruebas de funcionamiento OK.

Fuente: Información Suministrada por el Hospital de Engativá.

Es decir, la ineficiente gestión fiscal adelantada observada en la falta de control y vigilancia en la operación inadecuada conservación y explotación del TAC AQUILON marca Toshiba 64, ocasionó que por cuanto el hospital de Engativá tuviera que apropiar recursos para la reparación producto del deterioro del mencionado equipo que fue entregado a la firma IDIME, en custodia de la mencionada firma y de conformidad con lo manifestado por el diagnóstico técnico emitido por TOP MEDICAL SYSTEMS, se concluye que las malas condiciones de temperatura en que trabajaba el equipo produjo los daños que fueron objeto de reparación. En virtud de lo anterior se ocasionó un detrimento al erario en \$140.426.800, suma discriminada en el cuadro No. 38, de conformidad con lo establecido en el artículo 3 y 6 de la Ley 610 de 2000 e incumpliendo lo consagrado en el numeral del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.6 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.6.1 Plan de Desarrollo

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Engativá

ESE, III Nivel de Atención, es aprobado para la vigencia 2008 – 2012 por la Junta Directiva del Hospital mediante el Acuerdo 016 del 30 de septiembre de 2008.

Este Plan responde a Leyes, Decretos, políticas y directrices Nacionales y Distritales del Sector Salud, entre ellos, el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2008-2012 “Bogotá Positiva para Vivir Mejor” y el Plan Nacional de Salud Pública del Distrito Capital 2008-2011.

Se enmarca en cuatro políticas; Financiera, Desarrollo de servicios, Calidad y Desarrollo Integral del Talento Humano propendiendo por seis objetivos corporativos. Para alcanzar estos objetivos desarrollan estrategias, denominadas

perspectivas estructurales, en concordancia con el Plan Distrital de Salud del Distrito Capital:

1. Financiera
2. Interna
3. Crecimiento y Desarrollo
4. Cliente

Se establecieron 16 indicadores de Gestión, carentes de metas, distribuidos entre los seis objetivos y las cuatro perspectivas estructurales, cuyo seguimiento se programó a través de rangos de desempeño.

A finales de la vigencia 2009, el Hospital modificó los indicadores del Plan de Desarrollo con el fin de articularlo con el Plan de Gestión del Gerente, este último, obedece al Decreto 357 de 2008 y a la Resolución 473 del 13 de febrero de 2008. Mediante esta última, se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.1 Por falta de lineamientos administrativos, el Hospital modificó el 75% de los Indicadores establecidos en el Plan de Desarrollo del Hospital Engativá aprobados mediante el Acuerdo 016 de 2008, es decir, 12 de los 16 indicadores. Estos son: Margen Neto de Utilidad, Margen Operacional, Porcentaje de Relación Gasto costo/Ingreso, Complicaciones derivadas por la falta de acciones de promoción y prevención, Índice de integralidad terapéutica, Índice de cáncer de cuello uterino, Porcentaje de estandarización de procesos, Porcentaje de demanda insatisfecha, Manejo integral de pacientes en la Red Norte, Razón de Mortalidad Perinatal y Seguridad al paciente. La modificación de estos indicadores se llevó a cabo sin la aprobación de la Junta Directiva, afectando la correcta evaluación y seguimiento a la gestión del Hospital. Por lo anterior, se incumple: Acuerdo 016 de 2008 de la Junta Directiva del Hospital Engativá; literal d artículo 2 Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.2 Una vez realizado el seguimiento a la información suministrada por la entidad sobre la ejecución de 71 indicadores que el Hospital estableció a través de los POA Administrativo, Asistencial y Estratégico para medir el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional en la vigencia 2011, se pudo concluir que el

resultado alcanzado es del 61% y no del 95%, como reporta el Hospital. La calificación se presenta a continuación.

CUADRO 39
EJECUCION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

AREAS O MACROPROCESOS	PERSPECTIVA FINANCIERA		CLIENTE		INTERNA		CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
	Objetivo: Garantizar la Autosostenibilidad de la Institución.	Objetivo: Afectar positivamente los determinantes de sociales de la calidad de vida y salud de la localidad.		Objetivo: Garantizar el desarrollo de los procesos de participación social en salud, que proclaman la constitución Política de Colombia y la Ley.		Objetivo: Desarrollar un Modelo de Salud integral con los atributos de la calidad que responda a las necesidades de la población usuaria.		Objetivo: Implementar un sistema de gestión integral por calidad que permita alcanzar un mejoramiento continuo y la excelencia en la prestación de los servicios.	
AL FINALIZAR EL PERIODO LA GESTIÓN FINANCIERA DE LA ISNTITUCIONAL AL LOGRO DEL EQUILIBRIO OPERACIONAL	A 2012 IMPLEMENTAR UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD BASADO EN LAS POLÍTICAS DISTRITALES CON EL OBJETO DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN USUARIA.		A 2012 GARANTIZAR EL DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ISNTITUCIONALES		AL FINALIZAR EL PERIODO SE HABRÁ DESARROLLADO UN MODELO DE GESTIÓN DEL TANTEO HUMANO QUE GARANTICEN EL FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS				
METAS									
	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS	
ESTRATEGICO	4	1,5	4	2,5	6	6	6	4	
ADMINISTRATIVO	4	0	4	3	6	4	4	1	
ASISTENCIAL	3	2	10	9	20	15,5			
TOTAL	11	3,5	18	14,5	32	25,5	10	5	
	32%		80,5%		80%		50%		

PROMEDIO: 61%

Fuente: Evaluación realizada por Contraloría de Bogotá con base a información suministrada por hospital Engativá.

Se puede observar en el cuadro anterior, que la perspectiva Financiera cuyo Objetivo Corporativo es “Garantizar la Autosostenibilidad de la Institución” presenta la calificación más baja, del 32%, lo cual es acorde con la situación financiera que afronta el Hospital.

Sin embargo, el hospital aplica una metodología para la calificación del Plan de desarrollo mediante la cual ponderan con diferentes rangos los resultados alcanzados en cada una de las perspectivas determinadas por la Institución. Al respecto la administración aclara *“En este sentido se otorgo un mayor peso al cumplimiento de las actividades y metas misionales y desarrollo de procesos internos que permitan garantizar una atención seguira, bajo para,etros de calidad a nuestros usuarios, sobre una perspectiva financiera que es producto de factores SGSSS que no dependen de la intervención unica y exclusiva de la ESE”*

De acuerdo con lo anterior, el hospital ha establecido una ponderación del 10% para la perspectivas Financiera y de Crecimiento y Desarrollo, 30% para la perspectiva Cliente y 50% para la Interna. A continuación se presenta el resultado obtenido por este ente de control respetando las ponderaciones establecidas por el hospital.

CUADRO 40
EJECUCION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

AREAS O MACROPROCESOS	10%		30%		50%		10%	
	PERSPECTIVA FINANCIERA		CLIENTE		INTERNA		CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
	METAS							
	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS	PROPUESTAS	LOGRADAS
ESTRATEGICO	4	1,5	4	2,5	6	6	6	4
ADMINISTRATIVO	4	0	4	3	6	4	4	1
ASISTENCIAL	3	2	10	9	20	15,5		
TOTAL	11	3,5	18	14,5	32	25,5	10	5
		32%		80,5%		80%		50%

CALIFICACION: 72%

Fuente: Evaluación realizada por Contraloría de Bogotá con base a información suministrada por hospital Engativá.

Con la metodología anterior, se obtuvo un resultado de ejecución del Plan de Desarrollo para la vigencia 2011 del 72%.

Este ente de control difiere con el hospital en el peso otorgado a la perspectiva Financiera, por considerar que el 10% de ponderación es muy débil en razón a que éste soporta todos los procesos del hospital.

La sobrevaloración del porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional presentado por la entidad por debilidades en el control administrativo, genera una sobre calificación de la gestión del gerente establecida mediante la Resolución 473 de 2008 y no garantiza la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional, restringiendo la detección y corrección de desviaciones que se presentan en la organización y que pueden afectar el logro de los objetivos,

incumpliendo: literales d y f artículo 2 de Ley 87 de 1993; Decreto 357 de 2008 y Resolución 473 de 2008.

Plan Operativo Anual - POA 2011

Para la vigencia 2011 el Plan de Gestión del Gerente y el Plan de Desarrollo Institucional se operacionaliza a través de tres Planes Operativos para alcanzar los seis objetivos corporativos que son medidos a través de 71 indicadores y cuatro metas estratégicas. Estos planes son:

- Plan Operativo del macroproceso estratégico
- Plan Operativo del macroproceso asistencial
- Plan Operativo del macroproceso administrativo

Mediante el Acuerdo 016 de 2008 de la Junta Directiva, artículo 8, se estableció:

“El Plan de Desarrollo de la Empresa Social del Estado Hospital Engativá II Nivel. Ha sido formulado en forma participativa desde el nivel directivo hasta el nivel operativo. Su ejecución será un ejercicio igualmente coordinado que implicara mecanismos de control integral. Habrá un sistema de seguimiento periódico que permita verificar sus avances en cada uno de sus objetivos.

*Los objetivos, estrategias y metas del presente Plan, serán la base para la formulación de los planes Operativos anuales **de cada una de las dependencias** que conforman la Institución, **que serán aprobados de forma anual por la Junta Directiva.**”*

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.3 Por falencias en los procedimientos, el Hospital dispuso para la vigencia 2011 de un Plan Operativo Anual que no fue aprobado por la Junta Directiva del hospital. Lo anterior no garantiza la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional, incumpliendo el Acuerdo 016 de 2008 y la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales d y f.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.4 Durante la vigencia 2011 no se dio cumplimiento al seguimiento, control y diligenciamiento del Plan Operativo Anual (POA) ni con oportunidad ni en su totalidad. Entre los indicadores que no fueron documentados en el POA, se encuentran: No. de eventos adversos reportados, coberturas útiles de vacunación, satisfacción del cliente interno, % de glosas FFDS, % de cartera mayor a 180 días otros pagadores diferentes al fondo, % de radicación, porcentaje de respuesta oportuna a quejas y solicitudes, % de cierre de actividades en planes de mejoramiento de acreditación, % de cumplimiento de mapas de riesgo, % de

cumplimiento de plan de mantenimiento correctivo, % de funcionarios nuevos con proceso de inducción, porcentaje de reporte de accidentes de trabajo, % de cumplimiento del plan integral de capacitación.

Esta falta de control administrativo no garantiza la adecuada administración de los recursos ante posibles riesgos ni permite la correcta evaluación y seguimiento a las metas institucionales. Lo anterior incumple los literales a, d, e, f y g del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Indicadores de Producción

Consulta Externa de Medicina General

**CUADRO 41
PRODUCCION Y COSTOS
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL**

VARIABLES	2009	2010	2011	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Consulta de medicina general	86,398	99,750	109,746	15	10
Costos de medicina general	6.491.434.322	5.277.700.387	5.078.121.881	-19	-4
Costo promedio de Consulta General	75,134	52,909	46,272	-30	-13

Fuente: Oficina Asesora de Planeacion Hosoiatal de Engativa

La Consulta Externa de Medicina General ha presentado un incremento progresivo al comparar la producción entre los años 2009, 2010 y 2011 como se puede observar en el cuadro anterior.

Con respecto a la vigencia 2011, se obtuvo un incremento del 10% al pasar de 99.750 consultas en el año 2010 a 109.746 consultas en el 2011. Por el contrario, el costo de este servicio disminuyó en un 4%, al pasar de \$5.277.700.387 en el 2010 a \$5.078.121.881 en el 2011, lo que representa un manejo mas eficiente de los recursos de este servicio

Este ente de control establecio un valor promedio del costo de la consulta médica general, con base a la información suministrada por el Hospital, encontrando que para la vigencia 2009 el valor promedio por consulta fue de \$75,134, para la vigencia 2010 fue de \$52,909 (30% menos) y para la vigencia 2011 alcanzó un costo promedio de \$46,272, es decir, un 13% menor, con respecto al 2010, demostrando ya un uso mas racional de los recursos, a pesar de que este valor

promedio está elevado ante las tarifas ofertadas por los diferentes pagadores, generando pérdida.

Consulta Externa de Medicina Especializada

**CUADRO 42
PRODUCCION Y COSTOS
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA**

VARIABLES	2009	2010	2011	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Consultas de medicina especializada	50,753	64,327	70,744	27	10
Costos de la consulta de medicina especializada	\$6.718.663.424	\$8.556.665.378	\$8.796.092.411	27	3
Costo promedio de consulta especializada	132.380	133.018	124.337	0	-7

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y área de costos Hospital de Engativa

Para la vigencia 2011 la consulta Médica Especializada presenta un incremento del 10% al reportarse 64.327 en el 2010 y 70.744 consultas en el 2011, con un incremento en el costo del 3%, al pasar de un valor total de costos de este servicio en el año 2010 de \$8.556.665.378 a \$8.796.092.411 en el 2011.

Este ente de control estableció un valor promedio de costo de la consulta especializada, con base en la información suministrada por el Hospital, encontrando que para la vigencia 2009 el valor promedio de la consulta fue de \$132.380, para la vigencia 2010 fue de \$133.018 y para 2011 alcanzó un costo promedio de \$124.337, es decir, un 7% menor, demostrando un uso más racional de los recursos, a pesar de que este valor promedio es elevado ante las tarifas ofertadas por los diferentes pagadores, generando pérdida.

El Hospital no suministra datos sobre facturación o ingresos desagregados por servicios y menos por productos, por lo que no es posible establecer el equilibrio o desequilibrio financiero del servicio de Consulta Médica.

Partos y Cesáreas

**CUADRO 43
PRODUCCION DE PARTOS Y CESAREAS**

VARIABLES	2008	2009	2010	2011	2012	Variación 2010/2011	Variación 2008/2011
Partos vaginales	2,056	1,850	1,914	1,746	1,187	-9	-15
Partos por cesárea	942	880	917	902	561	-2	-4

Fuente: Oficina Asesora de Planeación Hospital de Engativa

Se observa un decrecimiento 15% de partos, si tenemos en cuenta que en la vigencia 2008 se atendían 2.056 partos, disminuyendo progresivamente hasta realizar 1,746 en el 2011, es decir, un decrecimiento del 15% con relación a la vigencia 2008. Con respecto a las Cesáreas, se realizaron 942 en el 2008 y 902 en el 2011, con un decrecimiento del 4%.

Hospitalización y Cirugías (Egresos hospitalarios)

Los egresos corresponden a las personas que han estado hospitalizadas dentro de un período determinado. Se observa en el siguiente cuadro, una situación significativa con respecto a la producción de servicios de hospitalización y cirugía que representan la mayor fuente de ingreso en la venta de servicios.

**CUADRO 44
PRODUCCION VS COSTOS VS FACTURACION
HOSPITALIZACION Y CIRUGIA**

VIGENCIA	2009	2010	2011	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
COSTOS HOSPITALIZACION ESTANCIA GENERAL, UCI, CUIDADOS INTERMEDIOS, RECIEN NACIDOS	13.803.195.363	12.698.830.776	19.013.104.953	-8	50
COSTOS QUIROFANOS Y SALA DE PARTOS	8.178.455.632	10.980.467.518	11.630.313.823	34	6
TOTAL COSTOS HOSPITALIZACION Y QUIROFANOS	21.981.650.995	23.679.298.295	30.643.418.776	8	29
FACTURACION HOSPITALIZACION + QUIROFANOS Y PARTOS	38.667.287.150	26.171.843.684	29.925.375.454	-32	14
DIFERENCIA ENTRE COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y QUIRÓFANOS CON FACTURACIÓN (BALANCE)	16.685.636.155	2.492.545.389	718.043.322	-85%	-71

VARIABLES	2009	2010	2011	Variación 2010/2011	Variación 2008/2011
Total de egresos	16,567	14,829	15,022	1	-26
Cirugías realizadas	12,027	15,087	15,393	2	23

Fuente: Oficina Asesora de Planeación Hospital de Engativa

Como se observa en el cuadro anterior, el número de egresos, aunque presentó un discreto incremento del 1% al pasar de 14.829 en la vigencia 2010 a 15.002 en 2011; realmente se ha caracterizado por un decrecimiento progresivo, teniendo en cuenta que en la vigencia 2008 se obtuvo un volumen de 20.225 egresos, en el 2009 de 16.567, en el 2010 de 14.829 y en la vigencia 2012 apenas se ha alcanzado 7.435 egresos al mes de septiembre de 2012. La variación negativa observada entre la vigencia 2008 y 2011 es del -26%

En la vigencia 2011 se incrementó el número de cirugías en un 2% al realizarse 15.393 en el 2010 y 15.393 en la vigencia 2011. Con respecto a la vigencia 2008 en la que se realizaron 12.483 cirugías, se presenta un incremento del 23%. Al parecer para la vigencia 2012 no se van a superar los resultados, teniendo en cuenta que al mes de sept de 2012, se han realizado únicamente 7.435 cirugías.

En el cuadro anterior, se presenta un comparativo entre lo que le costó al Hospital los servicios de hospitalización y cirugía (quirófanos y partos), versus lo que produjo y versus lo que facturó. Es importante aclarar, que la información utilizada en este informe fue suministrada oficialmente por el Hospital.

Se observa para la vigencia 2009, que al Hospital le costaron estos dos servicios \$21.981.650.995, con una producción de 16.567 egresos y 12.027 cirugías. Con esta producción se facturó \$38.667.287.150, con un balance positivo de \$16.685.636.155l.

Para la vigencia 2010 se incrementa este costo en un 8%, los egresos decrecen en un 10%, las cirugías se incrementan en un 25% y la facturación por \$26.171.843.684, desciende en un 32%, disminuyendo el balance positivo a solo \$2.492.545.389. (disminuye 85% con respecto al 2009)

En la vigencia 2011 es crítico el incremento del costo en un 30%, alcanzando un monto de \$30.643.418.776, el cual no es justificado con un incremento en la producción de egresos del 1% para un número de 15.022 (aún inferior al de la vigencia 2009) y un incremento en cirugías del 2% para un total de 15.087.

La facturación de estos servicios alcanzó un monto de \$29.925.375.454 que equivale a un incremento del 14%, pero aún -23% si se compara con el año 2009, quedando un balance positivo de 718.043.322 para estos dos servicios, disminuyendo el 71%.

Teniendo en cuenta que en esta vigencia 2011, el incremento en la producción de hospitalización y cirugías fue apenas del 1% y 2% respectivamente con incremento en costos del 30%, se evidencia un manejo inadecuado de los recursos.

Urgencias

CUADRO 45
VOLUMEN DE URGENCIAS CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS Y OBSERVACION

VARIABLES	2008	2009	2010	2011	2012	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Urgencias de medicina general	64,520	64,344	61,371	71,736	50,795	-5	17
Urgencias de medicina especializada	13,921	14,424	14,230	13,571	10,979	-1	-5
Total Urgencias, consultas, procedimientos y camas de observación	78,441	78,768	75,601	85,307	61,774	-4	13

Fuente: Oficina Asesora de Planeación Hospital de Engativa

Como se puede observar en el cuadro anterior, el total de atenciones de urgencias se aumentó en un 13% al pasar de 75.601 en el 2010 a 85.307 en el 2011. Este incremento presentado en el volumen del servicio de urgencias se realizó a expensas de médico general, al pasar de 61.371 urgencias en el 2010 a 71.736 urgencias en el 2011, alcanzando una variación positiva del 17%. Al contrario, las urgencias atendidas por especialista, siendo en su mayoría ginecoobstetricia, disminuyeron en un 5%, al pasar de 14.230 en la vigencia 2010 a 13.571 en la vigencia 2011.

Esta modificación en la atención del servicio, entre otras, incidió en los siguientes resultados:

CUADRO 46
COSTOS VS PRODUCCION DE URGENCIAS

Vigencia	2009	2010	2011	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Producción	78,768	75,601	85,307	-4	13
Costos	12,780,127,973	9,521,188,043	9,389,485,786	-26	-1
Facturación	5.888.936.340	6.823.878.475	7.609.796.546	16	12
Balance Costos Vs Facturación	- 6.891.191.633	- 2.697.309.568	- 1.779.689.240	-61	-34

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Área de Costos Hospital de Engativa

Encontramos que mientras la producción de urgencias en la vigencia 2011 se incrementó en un 13%, los costos disminuyen en un 1%, al pasar de \$9.521.188.043 en el 2010 a \$9.389.485.786 en el 2011.

Como se puede observar en el cuadro, este servicio, genera grandes pérdidas, sin embargo, estas han ido disminuyendo al comparar las tres vigencias, pasando de un balance negativo de -\$6.891.191.633 en el 2009, a -\$2.697.309.568 en el 2010, a -\$1.779.689.240 en el 2011.

CUADRO 47
COSTOS TOTALES VS FACTURACION TOTAL

Vigencia	Costos Totales	Facturacion Total de servicios	Balance Negativo
2009	\$73.534.924.916	\$59.830.435.565	\$13.704.489.351
2010	\$75.497.594.915	\$65.441.190.543	\$10.056.404.372
2011	\$83.650.270.247	\$76.448.430.136	\$7.201.840.111

Fuente: Area de costos Hospital Engativa

Se realiza el ejercicio de comparar los costos totales del Hospital Vs la facturación Total de las tres últimas vigencias, como se observa en el cuadro anterior, encontrando que el Hospital aún está lejos de alcanzar la compensación de los costos mediante la venta de servicios. Sin embargo, este margen de pérdida ha ido disminuyendo en cada vigencia, correspondiendo a - \$13.704.489.351 en el 2009, - \$10.056.404.473 en el 2010 y - \$7.201.840.111 en el 2011.

Este ente de control ha realizado esta revisión bajo la claridad que la información suministrada por el Hospital presenta falencias en la desagregación de costos y facturación. Con base a la revisión de producción y costos se concluye que la vigencia 2011 se caracterizó por un incremento en la producción de servicios de consulta médica, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico y uso más eficiente de los recursos en consulta externa y urgencias a pesar de persistir subutilización del recurso de Talento Humano. En lo correspondiente a los servicios de hospitalización y cirugía se mantuvo la producción pero se incrementaron los costos en un 30%, identificando deficiencias en el control de los recursos en estas áreas.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.5 Por limitaciones del sistema de información y falta de distribución del costo y gasto a los centros de costo correspondiente a cada servicio, el Hospital carece de un sistema de costos detallado por productos o unidades de negocio que permita identificar de manera clara, independiente y confiable los diferentes

recursos del Hospital Lo anterior obstaculiza el control de las operaciones e inversiones propias del Hospital con principios de eficacia, eficiencia y economía, incumpliendo los literales a, b y f del artículo 2 de Ley 87 de 1993, ; Resolución No. DDC-000001 de 3 de febrero 2011 de Contador General de Bogotá.

Utilización de los servicios

CUADRO 48
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

	2009	2010	2011	2012	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Consulta Especialista Programada	65,550	79,149	85,896	63,824	21	9
Consulta Especialista Realizada	49,971	63,223	70,614	48,143	27	12
Horas de consulta Laboradas	21,850	26,383	28,632	21,275	21	9
Rendimiento	2,3	2,4	2,5	2,3		
Eficiencia	76	80	82	75		
Inasistencia	14	15	16	15		

Fuente: Oficina Estadística Hospital Engativá

En el cuadro anterior, se evalúa el rendimiento y la eficiencia del recurso humano en la prestación de la consulta especializada.

Estos resultados con respecto al aprovechamiento del recurso de talento humano son importantes, no solo por su contenido social y asistencial, sino, porque este servicio de consulta externa especializada le costó al Hospital \$6.718.663.424 en la vigencia 2009, \$8.556.665.378 en la vigencia 2010 y \$8.796.092.411 en la vigencia 2011. El incremento en costo para la vigencia 2011 fue del 3%, como se informó en el presente informe.

El número total de consultas de especialista que la entidad programó para realizar en cada vigencia, se calculó con base a la oferta teórica de talento humano. Con respecto al cumplimiento de la consulta programada Vs la realizada, se establece la eficiencia, el porcentaje ideal sería 100%. Para el Hospital ha oscilado entre el

76% y el 82% en los últimos años, mostrando un ligero incremento progresivo, pero no significativo.

Desde la vigencia 2009 el rendimiento del servicio de medicina externa especializada es bajo a pesar de que mejoró ligeramente en la vigencia 2011, al pasar de 2.4 a 2.5, teniendo en cuenta que 3 es el resultado ideal.

Posiblemente una de las causas del rendimiento observado es la inasistencia en la consulta externa de medicina especializada, la cual se encuentra muy elevada, alcanzando en la vigencia 2011 el porcentaje más alto de 16%.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.6 Con los resultados anteriores, se observa mediano rendimiento por parte de los médicos especialistas que representa un desaprovechamiento del Recurso de Talento Humano contratado por el Hospital al no implementar mecanismos y controles efectivos que garanticen una mayor accesibilidad a los servicios de medicina especializada y una utilización más eficiente de los recursos. Lo anterior, en contravención de lo establecido en el artículo 2, 4,8 de la ley 87 de 1993, y el Decreto 1599 componente 2 Subsistema de control de gestión.

**CUADRO 49
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL**

VARIABLES	2009	2010	2011	Variación 2009/2010	Variación 2010/2011
Consulta Medicina General Programada	90.000	106.365	114.474	18	8
Consulta Medicina General Realizada	86.398	99.367	109.746	15	10
Horas de consulta Laboradas	36.232	52.314	38.158	44	-27
Rendimiento	2,4	2,8	2,9	17	4
Eficiencia	96	93,4	95,9	-3	3
Inasistencia	11,7	8,4	11,1	-28	32

Fuente: Oficina Estadística Hospital Engativá

Los indicadores con respecto a la consulta de Medicina General son diferentes, ha mejorado el rendimiento en la vigencia 2011 alcanzando un resultado de 2,9 y una eficiencia de 95,9, lo cual es bastante buena con un porcentaje de inasistencia de 11.1, aunque aún elevado, mucho menor que el que se presenta en la consulta de Medicina Especializada.

**CUADRO 50
UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION**

Concepto	Vigencia 2009	Vigencia 2010	Vigencia 2011
PORCENTAJE OCUPACIONAL DE TODA LA HOSPITALIZACION	75,1	80,4	95
PROMEDIO DIA ESTANCIA	3,0	3,5	4,3
GIRO CAMA	7,5	6,9	6,3

Fuente: Estadísticas hospital Engativá

Porcentaje Ocupacional. “Es la proporción de los días de cama disponible que efectivamente fueron ocupados”, Se considera una buena gestión mantener este indicador por encima del 90%.

Para la vigencia 2011 se obtuvo un porcentaje ocupacional del 95% mejor que el de la vigencia 2010, sin embargo, en este resultado ha influido el aumento de los días de estancia y la disminución de giro cama, lo cual no es favorable. Se observan porcentajes ocupacionales altos como en Pediatría: 93%, Ginecología: 97%, Ortopedia: 96%, Cirugía: 114, Medicina Interna: 113%, Medicina General: 79%, Urgencias: 323%, UCI Neonatal: 77% y otros muy bajos: UCI Neonatal: 22%, UCI Neonatal: 36%, UCI Adulto Intensivo: 46%. El Hospital cierra UCI Adultos en el mes de Diciembre de 2011.

Promedio días estancia. Es la duración promedio de la hospitalización de los usuarios atendidos. Para la vigencia 2009 fue de 3 días, en la vigencia 2010 de 3,5 días y en el año 2011 de 4,3, la cual se encuentra prolongada. Un promedio elevado puede generar mayores costos y riesgos de infección con la consecuente disminución en la disponibilidad de camas afectando los egresos hospitalarios.

Con relación al indicador Giro cama que “corresponde al número de egresos promedio que se generan de cada una de las camas disponibles”. “Indica el número promedio de pacientes que pasan por una cama en un período”; fue de

7,5 en la vigencia 2009, 6,9 en el 2010 y 6,3 en el 2011, evidenciándose una rotación baja, esto, asociado a estancias prolongadas.

Indicadores de Calidad

**CUADRO 51
INDICADORES DE CALIDAD**

CONCEPTO	2009	2010	2011
Mortalidad Intrahospitalaria mayor a 48 horas	0,01	0,012	0,014
Mortalidad Urgencias			
Coberturas de vacunación polio 3 dosis	106,0	95	87,57
Cobertura de vacunación triple viral	94,0	101,0	91,99
Tasa de infección intrahospitalaria	0,010	0,0080	0,01
% de satisfacción al Usuario	71,0	83,4	85,51
Oportunidad atención urgencias			
Oportunidad imagenología	6,1	3,8	2,2
Oportunidad consulta medicina general	4,3	1,7	1,1
Oportunidad consulta especializada	5,0	3,7	2,96
Porcentaje cancelación cirugía por causa institucional	2,4	1,9	1,41
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	2,93	2,33	0,74
Porcentaje de eventos adversos gestionados	100	100	100

Fuente: Subgerencia de Servicios de Salud

Como se puede observar en el cuadro anterior, el comparativo de los indicadores de calidad de las tres últimas vigencias como son: Tasa de infección intrahospitalaria, porcentaje de satisfacción al usuario, oportunidad de medicina general, oportunidad de medicina especializada, porcentaje de cancelación de cirugía, tasa de reingreso de pacientes hospitalizados, porcentaje de eventos adversos gestionados; muestran una tendencia permanente a la mejora, a excepción, de una leve disminución del porcentaje de cobertura de vacunación de triple viral y de un leve incremento de la mortalidad intrahospitalaria.

**CUADRO 52
CAUSAS INTRAHOSPITALARIAS DE CANCELACION DE CIRUGIA POR CAUSA INSTITUCIONAL**

Concepto	Vigencia 2010	Vigencia 2011
FALTA DE ROPA – PAQ QUIRYURICOS	30,8	22,2
FALTA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS	23,1	33,3

DAÑO EN EQUIPOS	23,0	22,2
TIEMPO QUIRURGICO	15,4	11,1
AUSENCIA DE ESPECIALISTA	7,7	11,1
TOTAL	1,4	1,1

Fuente: Subgerencia de Servicios de Salud Hospital Engativá

El Indicador de cancelación de cirugías por causa institucional ha presentado un ligero decrecimiento. Se evidencia que se han incrementado la ausencia de especialista y la falta de insumos y medicamentos como causa de suspensión de procedimientos quirúrgicos.

A su vez, se detectó la siguiente situación relacionada con la calidad de los servicios:

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.7 De la evaluación realizada a la prestación de servicios se observa que el Hospital de las vigencias 2006 a 2011 ha sido multado en 45 ocasiones por Investigaciones administrativas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud por fallas en la Calidad de la prestación de los servicios de salud al incumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, integralidad, secuencialidad, continuidad de los servicios de salud.

También se ha evidenciado incumplimiento a los requisitos de habilitación y a todos los estándares aplicables a los servicios, como son: estándar de procesos prioritarios asistenciales, estándar de dotación y mantenimiento, estándar de recursos humanos, estándar de medicamentos y dispositivos médicos, estándar de historias clínicas y registros asistenciales, estándar de referencia y contrareferencia, entre otras causas.

Estas fallas del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social (SOGCS) y las ineficiencias en los estándares de habilitación debido a la falta de control de los servicios, ha lesionado el patrimonio del estado, sin que se evidencie que los procesos de Responsabilidad Disciplinaria adelantados por el Hospital con el objeto de determinar los responsables directos de las sanciones pecuniaria impuestas, hayan producido algún resultado, por lo cual, este ente de control, considera necesario conminar al Hospital a revisar los estándares de habilitación de sus servicios y dar estricto cumplimiento a la normatividad que ha sido incumplida. Lo anterior incumple el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 (parámetros de oportunidad, integralidad, secuencialidad, continuidad), Decreto 1011 de 2006, (características de accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad, de los servicios de salud) Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007 Anexo

Técnico Manual de Estándares y Verificación, Ley 87 de 1993, Resolución 1995 de 1999 Art 3, 4 y 20,

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.8 Por incumplimiento a la planeación estratégica Institucional, el Hospital no ha establecido el indicador de Porcentaje de Demanda Insatisfecha de los Servicios Ambulatorios, indicador de eficiencia, como un requisito a la evaluación de la oferta, oportunidad, cobertura y accesibilidad del servicio prestado, lo que deja entrever debilidades del sistema de Calidad, incumpliendo los Artículos 2,4 y 8 de la Ley 87 de 1993, Plan de desarrollo Institucional, Acuerdo 016 de la Junta Directiva de 2008.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.9 Se presentan datos diferentes en los Indicadores Institucionales suministrados por el Hospital desde Estadística, Subgerencia de Servicios de Salud, Oficina Asesora de Planeación y Financiera, lo que obedece a falta de mecanismos de control y genera incertidumbre con relación a la veracidad de la información. Lo anterior incumple el literal e del artículo 2 de la Ley 87 de 1.993.

Comportamiento de la planta de personal, órdenes de prestación de servicios y demás esquemas de contratación.

El área de Calidad del Hospital Engativá suministró un estudio de necesidades de contratación del personal asistencial, donde establece la demanda estimada de actividades mes con base al análisis de la capacidad instalada y capacidad de producción (aplicativo CIP – supervisado por la Secretaria Distrital de Salud), capacidad requerida de profesionales y análisis de déficit.

El hospital informó:

“Con relación al análisis de necesidades presentado por el hospital, se reportó un déficit de 42.032 horas mes de personal (sumatoria de 15.224 horas/mes por asistencial + 17.670 horas/mes de enfermería + 9.138 horas/mes de apoyo diagnostico). Teniendo en cuenta lo anterior las necesidades del Hospital en horas/mes son de 42.032 horas/mes de déficit en recurso humano lo que significa que es necesario contratar aproximadamente 225 personas...”

“Para la capacidad instalada con la que cuenta el Hospital Engativá no se cuenta con el suficiente talento humano de planta para poder responder a las necesidades de los usuarios y darle el mejor uso a su infraestructura lo cual nos obliga a contratar personal el cual solvente este déficit y nos permita prestar un mejor servicio a todos nuestros usuarios, la situación de déficit de talento humano se agudiza al realizar el estudio de cargas laborales a nuestro talento humano de planta el cual está incumpliendo hasta con un cincuenta por ciento de su horario de trabajo por diversas

cuestiones, lo cual obliga al Hospital asumir un mayor costo en la contratación para poder solucionar este tipo de inconvenientes.”

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.10 De acuerdo con la información anterior suministrada por el Hospital y en especial con: *“la situación de déficit de talento humano se agudiza al realizar el estudio de cargas laborales a nuestro talento humano de planta el cual está incumpliendo hasta con un cincuenta por ciento de su horario de trabajo por diversas cuestiones”* se observa: a pesar de la gestión del área de calidad, la cual ha realizado el análisis del personal y el estudio de cargas laborales del talento humano de planta, y ha establecido las necesidades de contratación de recurso humano con base a un diagnóstico de necesidades de personal a partir de una oferta teórica de 186 horas/mes; no observa este ente de control suficientes acciones por parte del Hospital para controlar y mejorar la gestión de los funcionarios de planta y procurar el uso eficiente de los recursos, lo que conlleva a incrementar costos por contratación de personal. Lo anterior incumple los literales a y b del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En el siguiente cuadro se relaciona la información suministrada por el área de Calidad donde compara las horas déficit y las horas o servicios que han sido contratados, teniendo en cuenta la siguiente información del Hospital *“las necesidades del Hospital en horas/mes son de 42.032 horas/mes de déficit en recurso humano lo que significa que es necesario contratar aproximadamente 225 personas...”*

CUADRO 53
NECESIDADES DE CONTRATACION DE PERSONAL

Necesidades de contratación de personal asistencial de acuerdo con el Diagnóstico elaborado por el área de Calidad		Personal contratado por vigencias con relación a las necesidades de contratación de acuerdo con la información suministrada por el área de Calidad		
		2009	2010	2011
Personal medico	82	91	94	82
Personal de enfermería	139	84	74	73
Personal de apoyo Diagnostico	49	57	41	35
Total	225	232	209	190

Fuente: Área de Calidad

En el cuadro anterior relacionan la necesidad de contratar a 225 personas por 8 horas y relacionan que fueron contratadas 232 en la vigencia 2009, 209 en 2010 y 190 en lo transcurrido del 2011, sin embargo, el hospital suministró información donde relaciona haber contratado 1121 personas a junio de 2009, 923 a diciembre de 2009, 971 a junio de 2010, 827 a diciembre de 2010 y 839 a junio de 2011, de

manera, que el análisis presentado por el área de calidad no está considerando el total del personal administrativo y asistencial contratado, o se presentan inconsistencias en la información institucional, o la contratación de personal no obedece a necesidades reales del servicio, incumpliendo lo normado en los literales a, b y g, art 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.1.11 El Hospital elabora el análisis de necesidades de contratación asistencial, sin embargo, no presenta la interrelación entre las horas déficit y las horas o servicios que realmente han sido contratados, es decir, no dispone de plenos mecanismos de verificación y evaluación, lo que no permite garantizar la eficacia y economía en la contratación de personal en cumplimiento de los principios de eficacia, economía, eficiencia y transparencia.

De igual forma, no se dispone de mecanismos de verificación y evaluación de los grupos de tercerización de servicios en cuanto a personal, ni se ha realizado un análisis de producción y costo beneficio de los mismos. Lo anterior refleja debilidades en el control de los recursos del Hospital, incumpliendo lo normado en literales a, b y g, art 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa, fiscal y disciplinaria

3.6.1.12 Como resultado de la Investigación Administrativa 806 de 2006, el Hospital cancela multa impuesta por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud, mediante Resolución 1073 del 6 de noviembre de 2007 por irregularidades en la atención en salud brindada a una paciente. La gerente del Hospital autorizó el pago mediante la Resolución 278 de agosto 1 de 2008 y su pago se cumplió de conformidad a la sanción impuesta como consta en el Comprobante No. 18024 del 25 de agosto de 2008.

Sin embargo, la gerente también autorizó el pago mediante la Resolución 483 del 15 de diciembre de 2010 y se realizó como consta en el Comprobante No 23149 del 22 de diciembre de 2010.

Lo anterior demuestra falta de control administrativo por cuanto se pagó dos veces una misma sanción, sin que a la fecha se evidencie gestión administrativa por parte del Hospital para recuperar los dineros doblemente desembolsados por el mismo concepto. Por lo anterior, se genera un detrimento fiscal por valor de \$1.734.800 de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y el Capítulo II Artículo 34 Numeral 2 de la Ley 734 de 2002.

Hallazgo con incidencia administrativa, fiscal y disciplinaria

3.6.13 La Superintendencia de Industria y Comercio, mediante Resolución No. 19033 de 30 de marzo de 2012 impuso sanción al Hospital por reporte extemporáneo de los precios de los medicamentos al Sistema de Precios “SISMED”, incumpliendo lo establecido en la Circular No. 5 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.

La Gerente del hospital autoriza el pago mediante Resolución 384 de 2012. El pago se realiza el 27 de julio de 2012 mediante consignación a la cuenta del Banco Popular de la Superintendencia de Industria y Comercio.

Por lo anterior, se establece un daño al patrimonio por cuantía de \$4.533.600 de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y el Capítulo II Artículo 34 Numeral 2 de la Ley 734 de 2002; artículo 34 de la Ley 734 de 2002 y Circular No. 5 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.

Proyectos de Inversión

El Hospital no ha ejecutado proyectos de Inversión con recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud, en las vigencias 2010 ni 2011. Por lo anterior, la auditoría al componente de Plan de Desarrollo se direccionó a la gestión del Plan de Desarrollo Institucional, evaluación al cumplimiento de los objetivos corporativos, producción, utilización y calidad de los servicios de salud.

A continuación, se presenta la situación de los CAMI FERIAS y EMAUS, con base a la información suministrada por el Hospital, cuyas últimas inversiones realizadas se ejecutaron con recursos del Fondo de Desarrollo Local de Engativá.

CAMI FERIAS

Durante los años 2007 y 2008 se desarrollaron actividades de obra propuestas en los Convenios Interadministrativos de Cofinanciación No.09 de 2004 y No.08 de 2005, suscritos entre el Hospital de Engativá y el Fondo de Desarrollo Local de Engativá, de los cuales se derivaron los siguientes contratos: contrato de obra No. 954-07 suscrito entre el Hospital y la sociedad Diseños-Construcciones e Interventoría Ltda., el contrato No. 955- 07 suscrito entre el Hospital y el señor Omar Darío Peña Ortiz y el contrato de Interventoría No. 949-07 suscrito entre el Hospital y el señor Humberto Ibáñez Muñoz, contratos con los que se logró terminar el reforzamiento estructural y poner en funcionamiento el servicio de Urgencias del CAMI Ferias y se realizaron algunas obras en el servicio de consulta externa.

Posteriormente, el Fondo de Desarrollo Local de Engativá, atendiendo las necesidades de la comunidad en los encuentros ciudadanos, formuló el proyecto de inversión No. 2326 denominado “Programa Integral en Salud: Componente: Terminación de Obra Física para los servicios de Consulta Externa Cami Ferias– Hospital Engativá “con recursos de la vigencia 2008.

Este proyecto fue viabilizado técnicamente por la Secretaría Distrital de Salud y avalado por la Unidad Ejecutiva de Localidades UEL-Salud, y registrado en el Banco de proyectos de la Alcaldía Local de Engativá.

Como parte de las políticas de austeridad y eficiencia en el manejo de los recursos públicos y con el fin de obtener mayores y mejores beneficios para el proyecto, agilización en los procesos y asistencia técnica, la UEL Salud y el Hospital de Engativá II Nivel de Atención ESE celebraron el convenio Interadministrativo cooperación y asistencia técnica No. 10-07-00-2008 de para la ejecución del mismo. De este convenio se derivó el proceso SDS-UEL-LP-031-2009, para el cual mediante Resolución No.542 del 28 de abril de 2010 se adjudicó al contratista CONSTRUSAR S.A., Nit. 892.002.985-5 y se firmó el contrato 10-01-00- 2010 por un valor de setecientos nueve millones ciento ochenta y dos mil ochocientos treinta y nueve pesos (\$709.182.839) m/legal quedando el CAMI Ferias en un 85% terminado. Luego de tres años esta obra es entregada al Hospital y a la Comunidad en el mes de Marzo de 2012.

Para su puesta en funcionamiento se requiere terminar el 100% de la infraestructura y comprar los equipos biomédicos requeridos por el Sistema Obligatorio General de Calidad en Salud (SOGCS).

En la Actualidad en el CAMI Ferias se prestan los servicios de Urgencias con equipamiento y equipos biomédicos que requieren renovación y reposición para garantizar la prestación de servicios bajo estándares de calidad y seguridad clínica. Los servicios de consulta externa se prestan en los centros de atención que están georreferenciados en la UPZ Ferias, Estrada y Bellavista, sin embargo, estos dos centros de atención tienen problemas en infraestructura y presentan problemas de obsolescencia de equipos.

Se requiere de manera urgente la puesta en funcionamiento de los servicios ambulatorios considerando que la lectura de necesidades de este sector presenta deficiencia en el número de equipamientos en salud para garantizar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Actualmente el CAMI viene prestando solo servicios de urgencia y no tiene en funcionamiento los servicios ambulatorios. Además de esto, no cuenta con una adecuada y culminada infraestructura Física y parte de su dotación, incumpliendo

con los Estándares de Habilitación para contar con las condiciones mínimas para la prestación de los servicios ambulatorios y de urgencias que requiere la comunidad usuaria, adicionalmente, la ESE Engativá no cuenta con los recursos propios necesarios para terminar la obra y dotar el centro, por lo que es necesario plantear el presente proyecto de inversión.

En el mes de Abril de 2012 la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital Engativá evidenciando la ausencia de elementos y equipos biomédicos para garantizar la atención bajo los parámetros de calidad y seguridad que exige el Sistema Único de habilitación, inicia la formulación de un proyecto de inversión orientado a finalizar la obra de infraestructura en un 100% y realizar la dotación al 100% de los servicios ambulatorios y de urgencias. A Noviembre de 2012 el Hospital cuenta con un convenio interadministrativo para ejecutar el proyecto formulado por un valor de (\$992. 248.420,00) , los cuales serán aportados por el Fondo Financiero Distrital de Salud, en la suma de \$317.809.205 para Infraestructura y \$674.439.215 para Dotación.

CAMI EMAUS

En el año 2008 el CAMI EMAUS fue intervenido en las áreas de urgencias y hospitalización de acuerdo a un convenio ejecutado por FONADE con acompañamiento de la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, este proyecto consistió en la adecuación, ampliación, reforzamiento estructural del CAMI quedando pendiente por terminar el ala occidental del 2 piso que consta de cinco habitaciones sencillas y una habitación doble, cada una con baño y ducha para hospitalización. Desde hace dos años parte del área de hospitalización se encuentra en obra gris generando riesgos de suficiencia de capacidad instalada, en las necesidades de expansión que se tengan de acuerdo a un crecimiento de la demanda de prestación de servicios.

Para resolver esta situación la Secretaria Distrital de Salud solicitó la formulación de dicho proyecto de inversión para finalizar la obra. A la fecha el Hospital cuenta con el proyecto de inversión viabilizado y se espera la firma del convenio para iniciar ejecución a finalizar el mes de noviembre.

3.6.2. Balance Social

El Informe de Balance Social del Hospital Engativá está estructurado con base a un (1) problema: “Deterioro de las condiciones de salud en los diferentes ciclos vitales por el aumento de las barreras de acceso (económicas, geográficas, administrativas, educativas y culturales) a los servicios de salud.”

Con respecto a la información suministrada y al cumplimiento de la metodología podemos observar:

En el primer componente, Reconstrucción del Problema Social, a pesar de que se discriminan los ítems 1.1. Identificación del problema, 1.2. Identificación de las causas y efectos, 1.3 Focalización y 1.4 Actores; no se observa una reconstrucción en detalle de la problemática arriba mencionada: “Deterioro de las condiciones de salud”, con respecto a la cual, se dirige la gestión presentada por el Hospital en el componente Instrumentos Operativos para la Solución de los problemas sociales y menos aún, en Resultados en la Transformación de los problemas sociales. Inclusive, se puede entrever, que la problemática está más dirigida al “aumento de las barreras de acceso, económicas, geográficas, administrativas y culturales”, pero tampoco existe una identificación precisa de estas barreras a la que se le realice seguimiento puntual a través de instrumentos operativos y los Resultados.

En el segundo componente del informe, Instrumentos Operativos para la solución de los problemas sociales, se carece en el informe de metas formuladas.

Con respecto al componente Resultados en la transformación de los problemas Sociales no se evalúan niveles de cumplimiento con relación a objetivos, ni a metas, ni a actividades programadas VS ejecutadas. No se diligencian los siguientes ítems: limitaciones o problemas, efectos del proyecto y o acción sobre el problema, población o unidades de focalización sin atender, población o unidades de focalización que requieren el bien o servicio al final de la vigencia, ni Diagnostico Final del Problema. Por otra parte, se incluyen ítems que ya no forman parte de la metodología.

La finalidad del informe del Balance Social es la evaluación y presentación de los resultados sociales de la gestión, de acuerdo con la participación y nivel de cumplimiento en la ejecución de las políticas públicas formuladas por la Administración Distrital para la solución de las problemáticas identificadas. Desde este punto de referencia, para la Contraloría es una herramienta de control que permite evaluar los resultados alcanzados, siempre y cuando se desarrolle plenamente mediante la metodología de Matriz de Marco Lógico establecida para la formulación, seguimiento y evaluación de los proyectos.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.6.2.1 Por lo referido anteriormente, el Hospital no adopta plenamente la metodología establecida para la elaboración del documento de Balance Social, lo que refleja debilidades en el seguimiento a los procedimientos. El informe no cuenta con todos los elementos necesarios para cumplir con su finalidad; la evaluación y presentación de los resultados sociales de la gestión del Hospital de acuerdo con la participación y nivel de cumplimiento en la ejecución de las

políticas públicas formuladas por la Administración Distrital para la solución de las problemáticas identificadas frente a la ejecución de los recursos. Por lo anterior, se incumple parcialmente la Resolución Reglamentaria 034 de enero 26 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.

EVALUACION A LA GESTION AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental en el Hospital Engativá II Nivel ESE, comprendió la verificación y revisión de la información reportada en los formatos CB-1112 Grupo 2 en cumplimiento de la Resolución 01 de 2011 de la Contraloría de Bogotá, D. C. constatando el grado de avance en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA y del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios.

La Entidad no pertenece a ninguno de los grupos que conforman el SIAC (Acuerdo 9 de 1990), debido a que se evalúa la gestión ambiental interna teniendo en cuenta el Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA y el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios - PGIRH.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto No. 456 de 2008 el Hospital cuenta con seis programas en su Plan de Acción Anual Institucional derivado del PIGA que son:

1. Ahorro y uso eficiente del agua.
2. Ahorro y uso eficiente de la energía.
3. Gestión de residuos hospitalarios.
4. Mejoramiento de las condiciones ambientales internas
5. Criterios para las Compras y Gestión Contractual y
6. Extensión de Buenas Prácticas Ambientales

Revisada la información ambiental reportada por medio del aplicativo Sistema de Información Vigilancia y Control (SIVICOF) se evidenció que en el formato CB – 1112-1 Plan de Acción Anual Institucional, se encuentra diligenciado para los seis programas antes mencionados.

Para llevar a cabo cada uno de los anteriores programas se cuenta con el Plan de Acción Anual que contiene actividades y metas para el cumplimiento del PIGA. Con la información suministrada, se verificaron los logros obtenidos basados en los indicadores de cumplimiento presentados por la entidad, obteniendo como resultado para la vigencia 2011, y de acuerdo con la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, una calificación ponderada para la gestión del PIGA del 26% (Ponderación Implementación Programas de Ahorro) y del 51%

(Ponderado metas ahorro agua, energía, residuos y reciclaje vs metas programadas).

En el siguiente cuadro se observa el resultado de la ponderación de los indicadores de cumplimiento:

CUADRO 54
CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL
GRUPO 2 – ENTIDADES DISTRITALES QUE NO FORMAN PARTE DEL SIAC PERO SON
EJECUTORAS COMPLEMENTARIAS DEL PGA DEL DISTRITO CAPITAL Y SU INSTRUMENTO
DE PLANEACIÓN AMBIENTAL ES EL PIGA

PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL –PIGA-					
RANGO DE CALIFICACION	ALTAMENTE EFICIENTE	EFICIENTE	ACEPTABLE	INSUFICIENTE	DEFICIENTE
ASPECTO A CALIFICAR	91% - 100%	71% - 90%	61% - 70%	36% - 60%	0 – 35%
Ponderación de Implementación de Programas de ahorro					26%
Ponderado de metas de ahorro de agua, energía, disminución de residuos y reciclaje Vs metas programadas				51%	

Fuente: Hospital Engativa – Oficina Servicios de Apoyo

Respecto del ponderado de las metas de ahorro en los programas de energía y agua, así como menor producción de residuos y mayor recuperación en reciclaje, se observa que estas se cumplieron solamente en un 51% reflejando que la entidad presenta una insuficiente gestión en desarrollo, ejecución y cumplimiento de las metas establecidas.

Ahora bien, en atención a que el Hospital cuenta con PIGA concertado ante la Secretaría Distrital de Ambiente, se verificó la presentación trimestral de los informes de avance, los cuales contienen información histórica y el análisis de los comportamientos de la gestión en cada uno de los programas establecidos.

Dentro del estudio ejecutado por el Hospital se realizó la evaluación de impactos y aspectos ambientales y se determinaron las actividades que inciden negativamente; con lo anterior y en cumplimiento de cada uno de los objetivos de los programas del PIGA durante la vigencia 2011, se observa q se mantuvo el interés y el compromiso en desarrollar una cultura de mejoramiento continuo

mediante diferentes sistemas como la segregación de los residuos y el consumo racional de los recursos naturales.

De otra parte, en su compromiso institucional y en pro del mejoramiento de la calidad ambiental de la institución, enfocó sus objetivos y metas para lograr lo establecido en el Decreto 456 de 2008 "Por el cual se reforma el Plan de Gestión Ambiental del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"

A continuación se describen los avances generados de mayor relevancia:

Uso Racional de los residuos:

- Se realiza la clasificación, manejo, transporte y disposición final de los residuos hospitalarios de acuerdo a la normatividad vigente, Resolución 1164 de 2002 por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Se realizó el manejo de residuos reciclables de acuerdo al Decreto 400 de 2004, "Por el cual se impulsa el aprovechamiento eficiente de los residuos sólidos producidos en las entidades distritales "
- La entidad desarrolla en cada una de sus sedes objetivos y metas descritas en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.
- Se verificó que dentro de lo establecido en el PIGA, las actividades que el Hospital realiza para generar impactos positivos son: capacitaciones en el manejo de temas ambientales, manejo de residuos, reciclaje e implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

La gestión ambiental se enfocó en prevenir riesgos y efectos negativos, desarrollando una cultura de mejoramiento mediante diferentes sistemas como la segregación de residuos y el consumo racional de los recursos naturales; igualmente, realizó capacitaciones en programas de actualización al personal en el manejo de residuos. No obstante lo anterior, no se cumplió con las metas de ahorro en los programas de energía y agua, así como menor producción de residuos y mayor recuperación en reciclaje.]

De otra parte, para llevar a cabo las políticas, programas sanitarios y ambientales se creó el Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria mediante Resolución No. 196 del 19 de mayo de 2010, cuya función es ejecutar y mantener las políticas y programas sanitarios y ambientales, realizar diagnóstico ambiental y sanitario de todas las sedes, formular el compromiso institucional para el mejoramiento, minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. Así mismo, se verificó mediante las actas de comité, la realización trimestral de reuniones con el fin de dar cumplimiento a las actividades y compromisos para la

implementación de los programas que contiene el Plan Institucional de Gestión Ambiental. Igualmente, mediante Resolución No. 274 de Julio 19 de 2010 el Hospital nombra como Gestor Ambiental al Jefe de la Oficina de Planeación, cumpliendo así lo normado en el Decreto No. 243 de 2009.

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

CUADRO 55
INVERSIONES REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2011

Fuente: Hospital Engativá

PROGRAMA PIGA	DESCRIPCION GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	VALOR INVERSION (MILLONES \$)
USO EFICIENTE DEL AGUA	<p>Se realizó reparación de sensores de lavamanos eléctricos en la UCI Neonatal.</p> <p>Se realizó el lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua de todas las sedes en donde presta servicios asistenciales el Hospital.</p> <p>Se realizó divulgación del programa de ahorro del agua mediante folletos ambientales.</p>	\$9.142.500
USO EFICIENTE DE ENERGIA	<p>Se realizó compra de 10 sensores de 360°, 10 balas blancas con bombillo, 20 tomas, 1 lampara de ahorro, 5 clavijas con polo caucho y 15 m cable encauchado.</p> <p>Se realizó divulgación del programa de ahorro de energía mediante folletos ambientales.</p>	\$1.193.000
GESTION RESIDUOS	<p>Se realizó la compra de un congelador para el almacenamiento de residuos anamapatólogicos.</p> <p>Se realizó la compra de canecas Rimax cada una de 120 L.</p> <p>Capacitaciones en el manejo de residuos hospitalarios a usuarios y personal de la institución.</p>	\$1.314.999
TOTAL		\$11.650.499

El presupuesto total de inversión de la entidad fue de \$410.197.650 para la vigencia del 2011, del cual se destinó para dar cumplimiento a los programas ambientales, un presupuesto de \$11.650.499, que representan el 2.8%.

El presupuesto destinado a la parte ambiental fue establecido de acuerdo a los subprogramas PIGA y al Plan de Acción formulado anualmente, las inversiones

ejecutadas por la entidad, fueron direccionadas a la prevención y mitigación de los procesos que deterioran los recursos como agua, energía, suelo etc.

Resultados Gestión 2011

Plan de Acción Anual Institucional PIGA

Para la implementación del PIGA, se deben ejecutar algunas de las estrategias establecidas en el Decreto 456 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, esto con el fin de lograr, al interior del hospital, una óptima Gestión Ambiental.

El siguiente cuadro detalla el Plan de Acción Anual Institucional ejecutado por el Hospital:

**CUADRO 56
PLAN DE ACCION ANUAL INSTITUCIONAL PIGA**

PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL PIGA	ESTRATEGIA PGA A LA QUE PERTENECE	ACCIONES	METAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (ESTADO DE AVANCE)
Uso eficiente del Agua	PIGA	Se realizara la divulgación del Programa de Ahorro de Agua mediante folletos ambientales semestralmente.	Reducir las pérdidas o desperdicios y consumo de agua a diciembre de 2011 en un 5% reflejados en la factura con respecto al año inmediatamente anterior.	40%
Uso eficiente del Agua	PIGA.	Revisión trimestral por parte del personal de mantenimiento mediante listas de chequeo de las redes hidrosanitarias con el fin de detectar fugas y así minimizar el mal uso del recurso hídrico.	Reducir las pérdidas o desperdicios y consumo de agua a diciembre de 2011 en un 5% reflejados en la factura con respecto al año inmediatamente anterior.	40%
Uso eficiente del Agua	PIGA	Sensibilización del personal de manejo y uso de los recursos naturales renovables.	Reducir las pérdidas o desperdicios y consumo de agua a diciembre de 2011 en un 5% reflejados en la factura con respecto al año inmediatamente anterior..	40%
Uso eficiente del Agua	PIGA	Realizar semestralmente el lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable, en la calle 80 y sus centros de salud, así mismo realizar los respectivos análisis fisicoquímicos y microbiológicos.	Garantizar el lavado y desinfección del 100% de los tanques de almacenamiento de agua potable de los centros de salud y la calle 80	50%
Uso eficiente del Agua	PIGA	Revisión de la facturación, con el fin de verificar los consumos reales de cada uno de los centros de salud.	Lograr la reducción en 5% de consumo del agua a diciembre de 2011.	40%
Uso eficiente del	PIGA	Diagnostico de la cantidad de	Instalar ahorradores de	0.5%



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL PIGA	ESTRATEGIA PIGA A LA QUE PERTENECE	ACCIONES	METAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (ESTADO DE AVANCE)
Agua		lavamanos e instalación de ahorradores de agua en los grifos correspondientes.	agua a marzo de 2011 del 10% de los lavamanos del Hospital y sus sedes.	
Uso Eficiente de la Energía	PIGA	Se realizará la divulgación de información al personal del Hospital y a los usuarios en el uso y ahorro de la energía semestralmente	Lograr la reducción en 5% de consumo de la energía a diciembre de 2011.	80%
Uso Eficiente de la Energía	PIGA	Revisión de la facturación, con el fin de verificar los consumos reales de cada centro de salud.	Lograr la reducción en 5% de consumo de la energía a diciembre de 2011.	40%
Uso Eficiente de la Energía	PIGA	Realización y socialización de folletos ambientales	Lograr la reducción en 5% de consumo de la energía a diciembre de 2011.	40%
Gestión Integral de Residuos	PIGA	Capacitar al personal sobre el manejo de residuos reciclables, ordinarios y peligrosos, y su segregación en la fuente y disposición final.	Minimizar en un 5% la generación de residuos Hospitalarios para el año 2011.	60%
Gestión Integral de Residuos	PIGA	Socialización del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios al personal mediante capacitaciones	Minimizar en un 5% la generación de Residuos Hospitalarios.	50%
Gestión Integral de Residuos	PIGA	Capacitación al personal en el manejo	Minimizar en un 5% la generación de residuos Hospitalarios para el año 2011.	50%
Gestión Integral de Residuos	PIGA	Realizar Auditorías Externas	Garantizar el manejo eficiente de los Residuos Hospitalarios	100%
Mejoramiento de las condiciones Ambientales Internas	PIGA	Mejorar puestos de Trabajo	Lograr un mejoramiento de las condiciones ambientales internas del Centro de Salud Paris Gaitan	0
Mejoramiento de las condiciones Ambientales Internas	PIGA	Realizar mensualmente jornadas de aseo en la UPA para el mejoramiento de la institución.	Lograr un mejoramiento de las condiciones ambientales internas del Centro de Salud Paris Gaitan	0
Criterios Ambientales para las compras y Gestión Contractual	PIGA	Incluir en los contratos generados desde el área criterios de compra y gestión contractual.	Implementar criterios ambientales para la Compra y Gestión Contractual en un 10% de los contratos que se realizan desde el área de servicios de apoyo.	0.8%
Extensión de Buenas Prácticas Ambientales	PIGA	Realizar capacitaciones dinámicas, con los usuarios del Hospital con los habitantes de la localidad que hacen presencia en los centros comunitarios.	Concienciar a los usuarios y funcionarios de la entidad en temas de Gestión Ambiental, Cultura Ambiental.	0

FUENTE: Hospital Engativa Oficina Servicios de Apoyo

Las actividades con que cuenta la entidad apuntan al cumplimiento de los objetivos y actividades de los Programas de Gestión Ambiental; sin embargo, de acuerdo con lo reflejado en el cuadro, se observa que los indicadores de cumplimiento para el mejoramiento de las condiciones ambientales internas arrojaron cero al igual que la extensión de buenas prácticas ambientales, demostrando que no cumplió con las metas establecidas.

PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL

Los programas de Gestión Ambiental que se implementaron, fueron formulados para dar cubrimiento a todas las sedes del Hospital.

Estos programas de uso eficiente de los recursos naturales, van dirigidos al personal en general y a cada una de sus sedes, como también a los usuarios que permanentemente ingresan al hospital.

De acuerdo a la Política Ambiental y al compromiso generado por la entidad, se establecieron los siguientes programas con el fin de dar mejoramiento continuo a la calidad ambiental.

Programa Uso y Ahorro Eficiente de Agua

El programa de uso eficiente del agua garantiza el control sobre las pérdidas y desperdicios de agua y genera promoción de cultura del consumo.

El Hospital no hace uso de agua lluvia, es suministrada directamente por la Empresa de Acueducto. Todas las sedes cuentan con tanques de almacenamiento; como medida de control sanitario se realizó únicamente una vez al año el lavado, limpieza y desinfección de los tanques de reserva de agua potable para la vigencia 2011, actividad que debe realizarse dos veces al año.

Mediante la verificación de la información entregada, se pudo establecer que para el periodo auditado la entidad realizó las siguientes actividades:

- Divulgación del Programa de Ahorro de Agua mediante folletos ambientales.
- Sensibilización al personal y usuarios en el manejo de los recursos naturales
- Revisión trimestral por parte del personal de mantenimiento mediante listas de chequeo, de las redes hidrosanitarias con el fin de detectar fugas y así minimizar el mal uso del recurso hídrico
- Mantenimiento preventivo trimestral de las redes hidrosanitarias con el área de mantenimiento.

Como meta para la reducción de agua, el Hospital tenía como fin reducir las pérdidas, desperdicios y consumo en un 5% con respecto al año inmediatamente anterior pero tan solo alcanzó una disminución del 2%, incumpliendo la meta establecida.

A continuación se relaciona el consumo y costo de agua.

**CUADRO 57
CONSUMO AGUA**

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN M3	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2010	43.117	34.505	161.142.000	14.895.000	5%	
2011	42.104	1.013	155.194.970	5.948.000	5%	2%

Fuente: Hospital Engativa, Gestión Ambiental

De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que en el año 2011 se presentó una reducción de 888 m3 con respecto al año inmediatamente anterior, cifra que se traduce en un porcentaje del 2%. No obstante haber realizado actividades como capacitaciones sobre el ahorro y disminución en consumo de agua, no se cumplió con la meta programada.

Programa Uso y Ahorro Eficiente de Energía:

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

Mediante el análisis y la verificación de la documentación presentada, se estableció que de las actividades que se tenían programadas en el Plan de Acción se realizaron las siguientes:

- Divulgación de Información al personal del Hospital y a los usuarios en el uso y ahorro de la Energía.
- Revisión de las condiciones de instalaciones eléctricas y fuentes de energía.
- Mantenimiento preventivo de la planta.
- Revisión de la facturación mensual, con el fin de verificar los consumos reales de cada centro de salud.

Como meta para la reducción de energía el Hospital tenía como fin reducir las pérdidas, desperdicios y consumo de energía en un 5% con respecto al año inmediatamente anterior, la cual cumplió al lograr una reducción del 6%.

A continuación se relaciona el consumo y costo de la energía:

CUADRO 58
CONSUMO ENERGÍA

VIGENCIA	VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	DIFERENCIA VOLUMEN ANUAL GENERADO EN KW	VALOR ANUAL CANCELADO EN PESOS	DIFERENCIA ANUAL CANCELADO EN PESOS	META PROGRAMADA DE AHORRO	META ALCANZADA DE AHORRO
2010	1.292.875	1.185.989	321.520.000	6.936.000	3%	0
2011	1.204.644	91.231	343.819.540	22.299.540	5%	6%

Fuente: Hospital Engativa, Gestión Ambiental

De acuerdo a la tabla anterior se puede observar que en el año 2011 se presentó una disminución de 91.231 KW con respecto al año inmediatamente anterior, según esto se puede establecer que la entidad ha desarrollado acciones tendientes a ahorrar el consumo de energía, por lo tanto para la vigencia auditada se cumplió con la meta programada.

Programa Gestión Integral de Residuos:

Dentro del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, el Hospital al ser un productor de residuos peligrosos y contaminantes, implementó acciones encaminadas a la mitigación de los impactos ambientales, mediante la planeación, práctica, seguimiento y mejoramiento de los procesos y procedimientos para llevar a cabo la disminución de la producción de residuos, y el manejo adecuado de los mismos desde su generación hasta su disposición final.

Durante la vigencia 2011, se llevó a cabo la actualización de los Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios para cada una de las sedes del Hospital, se verificó la realización de capacitaciones a funcionarios, contratistas y usuarios, igualmente se dictaron charlas sobre el manejo de rutas sanitarias, código de colores y manejo de residuos hospitalarios.

Los residuos de carácter peligroso generados por el Hospital, son recogidos tres veces al día por funcionarios mediante el uso de un carro transportador y

colocados en recipientes plásticos en los cuartos de almacenamiento temporal. En los servicios donde se producen residuos anatomopatológicos, existen micro rutas para la evacuación permanente, estos residuos se congelan antes de ser llevados a incineración.

La recolección se efectúa en horas de menor circulación de pacientes, funcionarios o visitantes, se realizan de forma segura, sin ocasionar derrames de residuos. Los vehículos utilizados para el transporte interno de estos residuos, son de tipo rodante, en material rígido, de bordes redondeados, lavables y los carros utilizados para los peligrosos son de color rojo y de uso exclusivo para tal fin.

El Hospital dispone de un lugar adecuado para el almacenamiento, lavado, limpieza y desinfección de los recipientes, vehículos de recolección y demás implementos utilizados. En cada uno de los pisos de la entidad se encuentra un sitio de almacenamiento temporal de residuos que cumple con la normatividad establecida para ello.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 400/04, respecto del impulso y aprovechamiento eficiente de los residuos sólidos producidos, el Hospital suscribió un acuerdo de corresponsabilidad con la Cooperativa de Trabajo Asociado Ecoambiental El Porvenir, para llevar a cabo la clasificación, recolección y transporte de los residuos sólidos reciclables para su posterior utilización.

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

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

En el siguiente cuadro se observa la cantidad de residuos generados por la entidad en el año 2011:

CUADRO 59
COMPARATIVO CANTIDAD Kg DE RESIDUOS SOLIDOS

Cantidad Generada en Kgr de Residuos Sólidos Anual – Costo \$								
TIPO DE RESIDUO	2008		2009		2010		2011	
	Kgr	\$	Kgr	\$	Kgr	\$	Kgr	\$
Ordinarios	35.606	51.616.000	9.142	67.536.000	39.200	73.977.000	1583	76.115.000
Peligrosos	80.126	64.577.000	71.797	62.377.000	69.328	65.617.000	72.092	70.054.000
Reciclables	12.317	0	8.527	0	11.487	0	14.472	0
Total	128.049	115.193.000	89.466	129.913.000	120.015	139.594.000	88.147	146.169.000

Fuente: Hospital Engativá – Gestión Ambiental

Programa Mejoramiento de las Condiciones Ambientales Internas:

Para el desarrollo y ejecución de este programa la entidad realizó un diagnóstico de las 17 sedes de las condiciones ambientales, obteniendo como conclusión que las molestias se relacionan usualmente con el diseño poco efectivo de los puestos de trabajo, generando hacinamiento en cada una de las áreas que inducen a malas posturas y hábitos incorrectos que conllevan a que las condiciones ambientales y laborales no sean las más adecuadas.

Por lo anterior, el Hospital en desarrollo del Plan de Acción Anual tenía como meta lograr el mejoramiento de las condiciones ambientales internas únicamente del centro de salud (Paris Gaitán), realizando actividades como:

- Verificar las condiciones ambientales internas y puestos de trabajo.
- Verificar el buen manejo de los puestos de trabajo, con el fin evitar la contaminación visual, auditiva e inconvenientes de salud.
- Realizar el mantenimiento de los sistemas de ventilación de la entidad semestralmente.
- Realizar jornadas de aseo conjuntas para el mejoramiento de la institución y sus sedes semestralmente.

De acuerdo a la información reportada se verificó que para la vigencia 2011 el Hospital no cumplió con el desarrollo y la ejecución de las actividades de este programa, incumpliendo así la meta proyectada en el Plan de Acción.

Programa Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Ambiental:

Para la entidad cobra importancia alcanzar un desempeño ambiental eficiente, es por esto que mediante el programa de criterios ambientales, de sus procesos y procedimientos busca lograr el reconocimiento y control de los impactos ambientales que se puedan producir por la compra, servicios prestados y actividades generadas, para así garantizar el cumplimiento permanente de la normatividad y su crecimiento en criterios de calidad.

El Hospital tenía como meta Implementar criterios ambientales para la Compra y Gestión Contractual en un 10% de los contratos que se realizaran desde el área de Servicios de apoyo. Mediante la información entregada por la institución se evidenció que el Hospital no cumplió con el fin programado, ya que alcanzó solamente el 0.8% de la meta.

Programa Extensión de Buenas Prácticas Ambientales:

Dentro del programa de Extensión de Buenas Prácticas Ambientales la entidad buscó como objetivo principal promover en la comunidad el mejoramiento ambiental, mediante capacitaciones dinámicas a usuarios del Hospital. Igualmente, crear consciencia entre los usuarios y funcionarios en temas de Gestión y cultura Ambiental.

Mediante la evaluación y el análisis de la información se verificó que no se llevaron a cabo las capacitaciones a la comunidad, por lo anterior se pudo concluir que la meta programada no se cumplió.

Como resultado de la auditoria se establecieron los siguientes presuntos hallazgos:

Hallazgo con incidencia administrativa

3.7.1. Para la vigencia 2011 el Hospital disminuyó en un 2% el consumo de agua, respecto al año inmediatamente anterior, realizando actividades programadas en su Plan de Acción. Aunque se presentó una disminución, la entidad no cumplió con la meta para la reducción de agua ya que tenía como fin reducir las pérdidas, desperdicios y consumo de agua en un 5% con respecto al año 2010. De esta manera se contraviene lo establecido en el numeral 3.4.1 Programa Ambiental Uso eficiente del agua del Plan Institucional de Gestión Ambiental y lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.7.2 Dentro de las actividades programadas para la vigencia 2011, se incluyó la limpieza y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable. Según el análisis de la información entregada por el Hospital, se evidenció que se realizó el lavado de los tanques de agua una sola vez contraviniendo lo normado en el Artículo 2 del Capítulo 2 de la Resolución 2190 de 1991 de la Secretaría Distrital de Salud.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.7.3 De las actividades que conforman los Programas de Mejoramiento de las Condiciones Ambientales Internas, Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Contractual y Extensión de Buenas Prácticas Ambientales, el Hospital no cumplió con las actividades programadas al no lograr el mejoramiento de las condiciones ambientales internas del centro de salud Paris Gaitán, al no implementar criterios ambientales para las compras y Gestión Contractual en el 10% de los contratos y la no realización de las capacitaciones a los usuarios y

funcionarios en temas de Gestión Ambiental. De esta forma y según lo anterior se establece un presunto hallazgo administrativo al no cumplirse lo establecido en el PIGA del Hospital y el literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8 EVALUACIÓN DE ACCIONES CIUDADANAS

El Hospital Engativa cuenta dentro de los Procesos Misionales con el de Atención al Usuario el cual interactúa transversalmente con los demás procesos determinados en el Mapa, direccionado al cliente - usuario externo e interno.

El proceso de atención a peticiones es apoyado por el Grupo de Atención al Usuario el cual está a cargo de cuatro Trabajadoras Sociales, tres están en el Hospital y una en Emaus, este grupo coordina la ruta de la salud. La función de esta área es la de garantizar el derecho a la salud de los usuarios, propender por la mejora en la calidad de la prestación de los servicios, brindar orientación, información y solución a las inquietudes de los ciudadanos y facilitar el acceso a los servicios. Como objetivo tiene el de propiciar espacios de participación individual y colectiva de la comunidad y círculos de gestión que permitan generar procesos de responsabilidad conjunta frente a las expectativas y necesidades de los usuarios, generando formas de cuidado de la salud que impacten positivamente en su calidad de vida.

La Oficina de Participación Social está a cargo de un Psicólogo quien es el encargado de realizar la Interacción comunitaria, la participación social del servicio al ciudadano. El trabajo con las asociaciones de usuarios vinculadas a la entidad, se hace a través del COPACO, Asociación de Usuarios y con otras entidades locales y distritales; con las asociaciones se trabaja constantemente en la identificación de necesidades, el resultado de la gestión se reporta mensualmente en comités directivos y a través de Balance Score Card.

Como mecanismos y/o herramientas para facilitar la divulgación de la información y el desarrollo de la participación ciudadana se utiliza la correspondencia, buzones, teléfonos, la atención personalizada al ciudadano, carteleras, boletines y folletos.

En cuanto al manejo de registros que soportan la gestión realizada correspondiente a los escritos que presenta la ciudadanía, ésta se conserva en carpetas con los soportes pertinentes, los cuales no están identificados. de acuerdo a la Tabla de Retención Documental y corresponden a las encuestas de satisfacción y medición de conocimiento de derechos y deberes de los usuarios.

CUADRO 60
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE
RELACION PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS POR TIPOLOGIA

TIPO PETICION	NUMERO	PORCENTAJE
RECLAMO	856	57%
SUGERENCIAS	114	8
PETICIONES	35	2
QUEJAS	142	9
SOLICITUDES	164	11
MANIFESTACIONES	15	1
FELICITACIONES	134	9
AGRESIONES	41	3
TERMINOS INADECUADOS	3	0
TOTAL	1.507	

Fuente: SIVICOF formato CB 405 Relación Peticiones, Quejas y Reclamos por Tipología

El Hospital durante el año 2011 recibió un total de 1.507 peticiones, de las cuales 856, el 57% son reclamos, seguido por 164 Solicitudes, (11%). Para la evaluación de la muestra se tomó un total 15 peticiones, se verificaron los soportes de forma física y magnética de acuerdo a los parámetros definidos por la Secretaria Distrital de Salud – Sistema Distrital de Quejas y Soluciones de las 22 ESES distritales y las demás normas relacionadas. Se observó que las respuestas dadas a los usuarios son de fondo y en algunos casos implicaron acciones de mejora. En la revisión se determinó que los soportes de la petición radicada con el No. 437101 no se encontraron archivados en el mes de diciembre de 2011 que fue cuando se recibió, ni en el mes de enero de 2012 fecha en la cual se respondió, por lo tanto se requiere una acción de mejora por parte de la Administración en archivo, donde se defina en cual mes se archivarán los soportes de las peticiones recibidas en diciembre pero respondidas en enero.

Los escritos se clasifican en: Derechos de Petición, Quejas, Sugerencias, Reclamos y Felicidades; las manifestaciones más frecuentes están relacionadas con la demora en la atención de programación de citas, dificultad de acceso a servicios de mayor nivel de complejidad.

Los principales motivos o razones de queja por parte de los usuarios son tres: 1. Barreras de acceso, demoras en los tiempos de facturación y el trato de los facturadores. 2. Demora en la prestación de los servicios de urgencias. 3. En consulta externa barreras para la atención de especialistas por el reducido número de profesionales contratados que alcanzan a atender el volumen de usuarios.

Manejo de buzones: El Hospital tiene el Procedimiento de Apertura de Buzones y un Acta de Apertura de Buzones en la cual se relacionan los dieciséis buzones con que cuenta la institución, instalados en los diferentes centros, doce están

ubicados en los centros de primer nivel y cuatro en el Hospital instalados en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa; la apertura se realiza los días viernes cada ocho días, se registra el número de peticiones encontradas, se evalúa el estado del buzón y en presencia de un representante de la organización de usuarios, un representante de la Oficina de Atención del Usuario y un usuario que esté en ese momento en el Hospital, se realiza la apertura, conteo y lectura de las peticiones. Se diligencia el formato Código FAU 02, donde se registra por centro y servicio la clasificación de la petición, si están los datos del peticionario y sus observaciones. Los buzones tienen seguridad y solo los manipulan las encargadas en el procedimiento.

El Hospital anualmente hace rendición de cuentas a la comunidad, esta forma de participación ha contribuido a aumentar la participación ciudadana y al reconocimiento por parte de la ciudadanía de los derechos que tienen y de los servicios que presta la ESE.

En esta auditoria se verificó la respuesta de 15 escritos, los cuales fueron tramitados y contestados resolviendo el asunto de fondo y dentro de los términos referidos en las normas.

Reunión con la Comunidad

En cumplimiento del programa de auditoria se realizó la reunión con miembros del COPACO, la Asociación de Usuarios del Hospital Engativa y otros ciudadanos que representan a los usuarios de la localidad de Engativa; la Líder del equipo auditor expuso el objetivo de la auditoría y el contenido del Memorando de Encargo y Memorando de Planeación, se manifestó la importancia que tiene la participación de la comunidad en el proceso auditor que adelanta la Contraloría de Bogotá.

Las inquietudes manifestadas por la comunidad hacen parte de los temas que está evaluando el equipo auditor y que se encuentran desarrollados dentro del contenido del presente informe.

Hallazgo con incidencia administrativa

3.8.1 El Hospital suscribió el Contrato de arrendamiento 5296 de 2011 con Transpark, iniciado el 1 de agosto de 2.011, para la administración, vigilancia y operación del área de parqueo institucional ubicado en la Transversal 100 A No. 80 A 50, en la Cláusula Décima Primera- Pago de Servicios Públicos, establece: *“El arrendatario se obliga a pagar por concepto de servicios públicos domiciliarios: a prorrata el de energía, de acuerdo a los parámetros establecidos por el Área de Servicios de Apoyo “*, a la fecha de la auditoría se estableció que el Hospital no ha elaborado los parámetros para el cobro del uso de este servicio, por lo tanto se

comprometió sin tener previamente los instrumentos necesarios para el cumplimiento de los pactado, tampoco ha realizado el cobro del precitado servicio; además, el copntratista tampoco paga los servicios de aseo y agua, los cuales debe utilizar para el mantenimiento del bien de forma regular; lo anterior origina para el caso de energía que el pago del servicio no se pueda efectuar por ausencia del instrumento, además que el agua y los residuos generados por los tres trabajadores, así como en las labores de aseo y limpieza no puedan ser cobrados por la entidad. Lo anterior trasgrede lo estipulado en la cláusula Décima del Contrato 5296 de 2011, numeral 2.1.3 Controles del MECI 1000-2005, Requisitos 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto, 7.4.2 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos, y literales a, b, c y d Ley 87 de 1993.

3.9 SEGUIMIENTO PRONUNCIAMIENTOS Y CONTROLES DE ADVERTENCIA

Al finalizar la vigencia 2011 y tal como lo certifica el Hospital, en diferentes tipologías contractuales se suscribieron 1512 contratos de transacción por valor de \$5.624.256.816. Inadecuada modalidad contractual que no se reiteró durante el año 2012, según certificación expedida por la Administración.

Es decir, que el Hospital acogió los criterios expuestos por este ente de control y las directrices impartidas por la Alcaldía Mayor de Bogotá, sobre los incumplimientos y riesgos que generan la inadecuada utilización de esta tipología contractual.

No obstante lo anterior, una vez evaluadas las minutas que contienen lo contratos de transacción suscritos se encontró un incumplimiento de la publicación de los contratos que superen 50 salarios mínimos de conformidad con lo establecido en el artículo 60 de la Ley 190 de 1995, observación que es desarrollada en el análisis de la contratación del presente informe.

3. 10 CONCEPTO RENDICION DE LA CUENTA

De conformidad con lo establecido en las Resolución No. 34 de 2009, Resoluciones 13 y 18 de 2011, la cuenta presentada por el Hospital Engativá II Nivel Atención E.S.E., correspondiente al período 2011, dio cumplimiento en forma, términos y método establecidos por la Contraloría de Bogotá. D.C., excepto por:

De la verificación de los formularios electrónicos No. 4100 y 14142, correspondiente a la Contratación suscrita por el Hospital durante la vigencia 2011, se evidencia y tal como lo acepta la entidad, que no reportó la totalidad de

los contratos celebrados en la mencionada vigencia, de conformidad con lo exigido en las Resoluciones que reglamentan la rendición de la cuenta, por cuanto de un total de 7663 contratos suscritos se reporta 1740. Frente a estos hechos este ente de control determinará la iniciación de un proceso administrativo sancionatorio de conformidad con lo establecido en los artículos 99 y 100 de la Ley 42 de 1993.

4. ANEXOS

4.1 HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR EN PESOS	REFERENCIACION		
ADMINISTRATIVOS			3.2.1	3.2.2	3.2.3
			3.2.4	3.2.5	3.2.6
			3.2.7	3.2.8	3.2.9
			3.2.10	3.2.11	3.2.12
			3.3.1	3.3.2	3.3.3
	53	N.A.	3.3.4	3.3.5	3.3.1.1
			3.3.1.2	3.3.1.3	3.3.1.4
			3.3.1.5	3.3.1.6	3.3.1.7
			3.4.1	3.5.1	3.5.2
			3.5.3	3.5.4	3.5.5
			3.5.6	3.5.7	3.5.8
			3.5.9	3.5.10	3.6.1.1
			3.6.1.2	3.6.1.3	3.6.1.4
			3.6.1.5	3.6.1.6	3.6.1.7
			3.6.1.8	3.6.1.9	3.6.1.10
			3.6.1.11	3.6.1.12	3.6.1.13
		3.6.2.1	3.7.1	3.7.2	
		3.7.3	3.8.1		
CON INCIDENCIA FISCAL	7	\$2.436.575.552	3.2.7 \$775.000	3.3.1 \$627.145.378	3.3.3 \$1.640.119.974
			3.5.9 \$22.040.000	3.5.10 \$140.226.800	3.6.1.12 \$1.734.800
			3.6.1.13 \$4.533.600		
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	8		3.2.7	3.3.1	3.3.3
			3.5.8	3.5.9	3.5.10
			3.6.12	3.6.13	
CON INCIDENCIA	-	N.A			



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

PENAL			
--------------	--	--	--

4.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Información Reportada : 409 HOSPITAL ENGATIVA, II NIVEL
Formulario : 3401 CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2
Fecha de Recepción : 2012-08-01 10:14:40

Informe : 8 8 GESTION
Fecha de Corte : 2012-06-30
Número de Radicación : No Cargado

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGOCUMPLIMIENTOS	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADODERACION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2	3.2.1.1. Igualmente se verificaron los programas del hospital para la inducción y capacitación del personal; al respecto se evidenció que no se dejaron registros de la inducción específica en el área donde la persona que ingresa va a desempeñar su función. Adicionalmente, no se pudo establecer cuales funcionarios fueron capacitados durante el año 2008, tampoco el número de horas de capacitación; es decir, la entidad no realizó medición, ni el impacto que generó esta política al interior de la entidad. Incumpliendo lo consagrado en los numerales 1 y 2 del artículo 36 de la Ley 909 de 2007 y NTCGP 1000:2004.	1. Diseñar un formato para que el jefe inmediato del funcionario que ingresa nuevo a la institución registre la inducción específica proporcionada al empleado, los recursos facilitados y la normatividad específica competente. Este formato será remitido a las dependencias de la entidad junto con las instrucciones de diligenciamiento y además, con la indicación de devolverlo al área de Talento Humano, debidamente firmado por el funcionario y su jefe, para que repose en la hoja de vida respectiva como soporte de inducción. 2. Implementación de una base de datos ACCES para registrar la capacitación recibida anualmente por cada funcionario en términos de tipo de capacitación y duración. Esta base ACCES está siendo elaborada con asesoría del grupo de Sistemas. 3. Se diseñó un formato para que cada funcionario evalúe la capacitación recibida; el formato será remitido al grupo de Calidad para su revisión y aprobación.	1. Número de funcionarios nuevos con registro de inducción específica/Número total de funcionarios que ingresan nuevos a la entidad. 2. Base de datos implementada. 3. Formato de evaluación aprobado por el grupo de Calidad	1. 90% del personal nuevo que dispongan del registro de inducción específica. 2. Una base de datos ACCES 3. Un formato de evaluación de Capacitación	Talento Humano	Bienestar y Capacitación	Profesionales del área	07/10/2010	08/12/2010	2	Talento Humano cuenta con un documento de inducción y reincidencia, una base de datos en la cual registra los funcionarios capacitados con el tipo de capacitación y mediante el formato FTH-54 el funcionario evalúa la capacitación.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.1.2. La alta rotación del personal se ha convertido en un riesgo inminente para el correcto cumplimiento del objeto social del Hospital, por cuanto esto dificulta la generación de un impacto positivo en la aplicación de las políticas implementadas para la mejor prestación del servicio. Es decir, que el sistema de Gestión de la Calidad es altamente vulnerable y débil, evidenciándose en el desconocimiento de los manuales y procedimientos. Incumpliendo lo consagrado en numeral 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad, literal c) del numeral 6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación NTCGP 1000:2004.	Planear, Levantar un Diagnostico, del personal que hay y que se necesita área por área. H. Evaluar perfiles. V: Llevar un control de retiros e ingresos área por área. Verificar la rotación	Nro Egresos/ Funcionarios Nro de Ingresos/ TT Funcionarios	Realizar el 80% de las actividades programadas	Talento Humano	Talento Humano	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Se verificaron los formatos: FTH47, a través del cual se efectúa el requerimiento de personal de parte de cada una de las áreas y FHT42 donde se incluyen las observaciones de ingresos y retiros de las diferentes áreas, con estos dos formatos se lleva la estadística de rotación de personal. Talento Humano tiene la Base de Datos SIGIA implementada por el Departamento Administrativo del Servicio Civil con el perfil académico y otras variables del personal de Planta, en Excel están las bases de datos de cada una de las áreas y centros donde esta relacionada el 100% del personal que labora en el Hospital.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.1.5 La Entidad hasta la fecha no ha adoptado mediante acto administrativo, el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Así mismo, no se presentaron los resultados a 31 de diciembre de 2009 al plan de acción del mismo año establecido y aprobado por el comité ambiental para las actividades relacionadas con gestión ambiental.	* Adoptar el PIGA mediante acto administrativo * Redefinir al plan de acción del comité de gestión ambiental y realizar seguimiento al mismo	* Adopción PIGA= Contar con el acto Administrativo donde se adopte el PIGA * Nivel de cumplimiento del Plan de acción comité de gestión ambiental = No de actividades ejecutada / Total de actividades propuestas en el plan de acción CGA *100	° Al 31 de diciembre del 2009 contar con el acto administrativo ° A 31 de diciembre de 2009 tener un cumplimiento del 60% del plan de acción Comité de Gestión Ambiental	Servicios de Apoyo	Profesional Ambiental Mónica Cáceres	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	8	La acción no se cumplió y el tiempo para su implementación esta vencido, se debe mantener en el plan de mejoramiento y su fecha máxima de ejecución será de 60 días	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	RANGO CUMPL	ANÁLISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCIÓN
Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.1.9. Durante el último trimestre del año 2008 y en cumplimiento del plan de mejoramiento concertado con la Contraloría de Bogotá, el Hospital elaboró el mapa de riesgos institucional en el cual se identificaron los factores de riesgo internos y externos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Igualmente se adoptó una matriz de riesgo en donde se describe la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el nivel de impacto de sus consecuencias, la calificación y evaluación. No obstante lo anterior, no se evidenciaron registros que permitan identificar que esta actividad fue realizada al interior de cada área de manera concertada. Así como tampoco se identificaron políticas encaminadas a la valoración del los riesgos; en las áreas auditadas, no se evidenció la existencia de lineamientos claros que les haya permitido obtener una priorización de mencionados riesgos. Por otra parte y aunque el Hospital ha clasificado los riesgos bajos, medios y altos, en los cuales se estableció una acción de corrección, no se ha identificado un plan de mitigación de riesgos en el que se definen las actividades de control implementadas, así como tampoco se tiene un proceso	1. Revisar y Ajustar el proceso de manejo y seguimiento a riesgo PCI05-02 2. Asesoría y acompañamiento en la formulación de los mapas de riesgos. 3. Elaboración de los mapas de riesgos por proceso. 4. Consolidación de los mapas de riesgos en una matriz de riesgos global 5. Determinación de un mapa de riesgos global priorización de mencionados riesgos. 6. Seguimiento Individual a mapa de riesgos institucional 7. Realizar seguimiento semestral a la matriz de riesgos institucional	Porcentaje de cumplimiento de actividades realizadas/ No. De actividades propuestas *100	A 31 de Agosto de 2010, haber desarrollado el 100% de las actividades para la obtención del mapa de riesgos de la Institución.	Comité de Control interno y Calidad. Oficina Asesora de Planeación de Gestión Pública y Autocontrol Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. Comité de control interno y calidad.	Diana E. Carvajal M. Jefe Oficina Asesora de Planeación. Mariana Lucía Gueiso. Profesional Especializado en Área Calidad. O.G.P.A. Grupo auditor de la Oficina de Planeación de Gestión Pública y Autocontrol Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/09/2009	31/10/2010	2	Implementación esta vencido, se debe mantener en el plan de mejoramiento y su fecha máxima de ejecución será de 60 días	C
Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.1.10. Aunque se observa que la entidad está en proceso de articulación del naciente mapa de riesgos; se evidencia la reiterada ocurrencia de algunos riesgos identificados y la inexistencia de controles en el desarrollo de procedimientos como el manejo de la información contractual. Situación que se presenta de manera reiterada; frente al hecho descrito, se evidenció la ausencia de auditoría interna, que no permiten a la entidad mitigar y corregir los riesgos a los que está expuesta. Los hechos anteriormente narrados incumplen con lo establecido en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001.	Se procederá a efectuar una revisión general al mapa de riesgos del área jurídica, con el fin de ejercer controles en los procedimientos especialmente en el manejo de la información contractual, así como identificar e incluir los riesgos detectados	Total de riesgos revisados controlados y con seguimiento sobre mapa de riesgos. Y Numero de auditorías realizadas sobre auditorías programadas	A 30 de Abril de 2010 haber revisado, e incluido en el mapa de Riesgos, el total de riesgos detectados en el manejo de la parte contractual. Y por parte del área de Gestión Pública realizar las auditorías y controles correspondientes.	Jurídica Gestión pública y e	Vladimir Ilich Mendoza Villamizar y Cesar Lugo	Mapa de riesgos	07/10/2010	06/12/2010	2	La parte funcional de la entidad trabaja por procesos, se revisaron los 22 mapas por procesos y se trabajaron teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, las líneas estratégicas, los planes de trabajo POA y los procesos. Están actualizados y validados a Mayo 12 de 2012 Circular Interna GHE 0140g.	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CU MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.1.11. Al verificar los bienes recibidos de terceros se constato que la entidad no tiene todos los contratos de comodatos debidamente legalizados, como es el caso de las siguientes empresas: hospimedicos, Doquimed Ltda., Laboratorios Baxter S.A, Smartel S.A, Biocentifica, Gemedco S.A. Alliance S.A, corriendo el riesgo que no se tengan controles establecidos para la entrega de los bienes recibidos de terceros y que estos no sean registrados en las cuentas de orden Por lo descrito anteriormente, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numerales a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, i, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Se legalizara mediante contratos de comodato, la totalidad de los bienes recibidos de terceros para efectuar un control sobre dichos bienes y registrarlos en las cuentas de orden.	Numero de contratos de comodatos legalizados, sobre totalidad de bienes recibidos de terceros.	A 30 de Diciembre de 2009, legalizar mediante contratos de comodato el 100% de los bienes recibidos de terceros y registrarlos en las cuentas de orden	Jurídica y Contabilidad	Vladimir licho Mendoza Villamizar Humberto Bohorquez	Informes de bienes recibidos de terceros.	07/10/2010	06/12/2010	5	A la fecha no se ha dado cumplimiento a la acción propuesta.	A
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.2.1. Durante la vigencia auditada no se pudo identificar políticas de operación que permitieran constituir marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes direccionamiento estratégico y la administración del riesgo, lo anterior se vio reflejado en la incompleta construcción de planes operativos, en la falta interiorización del Código de Ética y Buen Gobierno Institucional. Igualmente el Hospital en sus los planes operativos no incluyen los recursos presupuestados necesarios y las estrategias que habrán de seguir para el logro de esos objetivos, de tal manera que los mismos puedan ser evaluados de acuerdo con los indicadores de eficiencia que se diseñen para cada caso. Incumpliendo lo consagrado en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995.	Divulgar las políticas de operación, el código de Ética, el Código de buen Gobierno de la Institución.	Porcentaje de funcionarios que participan en la divulgación: No. De funcionarios que participan en la divulgación / No. De funcionarios de la institución.*100	Divulgar al 100% de los funcionarios de la institución las Políticas de Operación, el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno	Oficina de Asesoría y Planeación y Calidad.	Dra. Maria Lucia Grueso, Profesional especializado Mardory Serna Profesional Especializado Diana Carvajal, Jefe de la Oficina Asesora	Humanos Gráficos	01/09/2009	31/10/2010	2	En cada dependencia y/o área esta en el computador la carpeta de Manual de Calidad que contiene: Código de ética, Código de Buen Gobierno, Mapa de Procesos, Políticas de Calidad, Objetivos de Calidad. Desde el 2010, Se actualizan de forma periódica, o de acuerdo las modificaciones. Cuando se realizan las inducciones Talento Humano informa a todos los de planta de personal: Carrera, empleados oficiales, provisionales, cuando ingresan. A los contratistas se les da información general, a la fecha (22.10.2012) hay 430 trabajadores de planta y 600 contratistas que son el 58%.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.2.11. Se estableció que no se cuenta con un procedimiento adecuado para la entrega de los puestos de trabajo; riesgo de alta permanencia ante la alta rotación del talento cooperado y por contrato de prestación de servicio, lo que generó desorden en los procesos, reprocesamiento de información y pérdida de la memoria institucional, es así como en el área de gestión ambiental, no se cuenta con un backup de la información, lo que dificultó ubicar algunos documentos relacionados con las gestiones adelantadas en el año 2008. De la misma manera se identifico que en algunas áreas la información no pertenece a la entidad si no a las personas que en ella laboran, hechos que generan riesgos de alto impacto; lo que se desencadena en la pérdida de información y en consecuencia no permite cumplir la función y ejercer el control. Desconociendo lo consagrado en la norma NTGP 1000:2004.	P. contar con un diagnostico por áreas H. Circularizar a las áreas la necesidad de cumplir con los procesos establecidos para la entrega de puestos de trabajo, V. Realizar una lista de chequeo esporádica para verificar el cumplimiento de los procedimientos. A. Realizar 02 visitas con la oficina de OGPA para ver el cumplimiento.	Nro de actas/ Nro de funcionarios que se retiran	Realizar el 80% de las actividades programadas	Todas las áreas, Talento Humano	Talento Humano	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Verificados los soportes de la Auditoria de Entrega y Recepción de Cargos, efectuada por la OGPA del 16.05.11 al 27.07.12, se constata el diligenciamiento de los formatos de entrega de cargos, debidamente diligenciados y dando cumplimiento a lo estipulado en el procedimiento PTH 35 Informe de Entrega y Recepción de Cargos Versión 03 (Folio 34) y Formato FCG 37 Acta de Entrega Versión 01.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTÁ	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.2.12. El manejo documental de la información que genera el Hospital, tanto primaria como secundaria no es el más adecuado; se evidenció que: - La información no es archivada correctamente, es decir, no se archiva cronológicamente, no se tienen foliadas las AZ y carpetas. - Las AZ que se manipulan en las áreas visitadas contienen documentos que superan las capacidades de estas, los documentos no se encuentran debidamente separados por temas. - No se lleva una adecuada custodia de la información relacionada con el tema ambiental, lo cual no permite a la auditoria evaluar de adelantó la entidad en el tema ambiental durante la vigencia 2008. - Se encontró AZ con algunos documentos adelantados por las Ingenieras que prestaron sus servicios en el año 2008, sin embargo, no se encontraron algunos documentos relacionados con la ejecución de los contratos de operación de la planta de tratamiento de aguas residuales y la gestión en el tema de reciclaje del 2008. - Se observó en los reportes diarios de generación de residuos hospitalarios RH1 de la vigencia 2008 que presentan errores en sumatorias de lo generado en el mes y algunos no están firmados	1. Socializar instructivo de manejo de Archivos de Gestión. 2. Crear el Subsistema interno de Gestión Documental y Archivos	1. No. de áreas socializadas/total de áreas del Hospital*100 2. No. de áreas capacitadas en Manejo de Archivos/No. Total de áreas del Hospital	a 31 de Diciembre de 2009, tener un avance del 40% para el 30 de junio de 2010 avanzar en un 40% y el 20% restante para el 31 de agosto de 2010	1. Archivo Comité de Archivo 2. Archivo Comité de Archivo	1. Referente Archivo y Miembros del Comité de Archivo 2. Referente de Archivo y Miembros del Comité de Archivo	1 Tecnico con experiencia	01/09/2009	31/10/2010	2	En visita a las Oficinas Jurídica y Archivo Activos Fijos, se informó que en el año 2010 el Archivo Distrital devolvió la tabla de Retención Documental sin observaciones, el Hospital la presentó en septiembre 2012 de acuerdo con la nueva metodología y se está socializando el Plan de Trabajo y la Metodología aprobada por el Comité de Archivo; se organizaron y socializaron las guías del archivo	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.3.1. En el Hospital existe política de autoevaluación, pero la institución no tiene un completo conocimiento de la operatividad de esta política, por cuanto no se generaron espacios de verificación y evaluación de la adecuada ejecución; es así como se expone a la entidad a un riesgo permanente. Durante el año 2008 no se realizaron auditorías internas y tampoco se concertaron planes de mejoramiento al interior del Hospital. Lo que impidió realizar recomendaciones necesarias para mejorar las falencias de la institución y la oportuna coordinación en planes de mejoramiento; es decir que la oficina de control interno no cumplió con las obligaciones estipuladas en el manual de funciones del Hospital, ni con lo consagrado en el literal d) del artículo 2 y en el literal d) del artículo 3 de la Ley 87 de 1993.	Dar cumplimiento al POA aprobado para la vigencia 2009, el cual contempla la realización de Auditorías	Auditorías realizadas/Auditorías programadas en el POA	A Diciembre 31 de 2009 haber realizado las auditorías programadas	OGPA	Grupo Auditor OGPA	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Verificados los documentos de Actas de Comité de Control Interno 2011, se encuentran: Los listados con la programación de las auditorías teniendo en cuenta debilidades, normalidad, Veeduría Dec 371 de 2010 (coyunturales o no programadas).	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.2.3.2. Se pudo evidenciar que las diferentes áreas de la entidad realizó planes de mejoramiento institucionales, sin embargo no se encontró que estos se hayan realizado con la metodología indicada, así como, tampoco se observó la concertación, seguimiento y acompañamiento por parte de la oficina de gestión pública. Incumpliendo con lo consagrado en el literal g) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y artículo 3 del Decreto 1537 de 2001	Realizar seguimiento a los Planes de Mejoramiento que surjan de las Auditorías realizadas por la OGPA	Seguimiento a Planes de Mejoramiento/ Planes de Mejoramiento propuestos por las áreas	A 31 de Agosto de 2010 haber realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento propuestos por las áreas.	OGPA	Grupo Auditor OGPA	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Una vez las auditorías son finalizadas, se entrega el informe final, previo cumplimiento de los requisitos, son entregados a la Gerencia para los remita a la dependencia auditada y se genere el Plan de Mejoramiento.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,2	3.3.2.1 El saldo presenta incertidumbre, debido a que se evidencia facturación por radicar por valor de \$804.6 millones de las vigencias de 2004, 2005, 2006 y 2007, la no implementación de la interfase del modulo de cartera, la cual empezó a funcionar a partir de agosto de 2008, así mismo la no oportunidad en la aplicación de los abonos a la facturación cancelada por los diferentes pagadores de otra parte el modulo de cartera contiene datos que son objeto de depuración entre las dos áreas. Conlevando a que la gestión para recuperar los recursos sea de manera lenta e inoportuna. Por todo lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103, 104, 106, 107.	Se esta realizando refacturación y levantando información para radicar y aclarar las cuentas no radicadas a la fecha. radicación mensual de cuentas de meses anteriores. Se revisara el proceso de pagos, a fin de poder actualizar y redefinir el mismo para que los usuarios puedan realizar abonos parciales a cuenta durante la estancia.	Valor radicado / valor pendiente por radicar Valor facturación de otros periodos / valor facturación pendiente por radicar implementación del proceso de abonos a cuenta.	Depurar el 100% del saldo pendiente. Radicar la facturación en un tiempo máximo de 6 meses. Implementar el proceso de abonos a cuenta.	Facturación de Cartera	Referente de facturación Referente de Cartera	N.A.	07/10/2010	06/12/2010		dado que el compromiso era revisar el proceso de pagos, a fin de poder actualizar y redefinir el mismo para que los usuarios puedan realizar abonos parciales a cuenta durante la estancia la administración puso a disposición del equipo auditor el diagrama de flujo de general del paciente en el cual esta todo el proceso integral del paciente desde su ingreso hasta la salida el cual fue aprobado el 1 de julio de 2012 y documentado en las actas de comita de facturación y glosas	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,4	3.4.5.1. Los gastos de funcionamiento registraron un incremento en las cuentas por pagar de una vigencia a otra de \$1.332.8 millones que representan 78.7% al pasar de \$1.693.7 millones a \$3.026.5 millones. En general entre gastos de funcionamiento y de inversión, las cuentas por pagar registraron grandes incrementos que alcanzan los \$1.043.5 millones. Lo anterior es reflejo de una mala programación, preparación y elaboración presupuestal traducido en incapacidad financiera para responder frente a compromisos durante la vigencia que se causan, contraviniendo las normas orgánicas presupuestales de disciplina fiscal contemplada en la Ley 819 de 2003 en su Artículo 8.	Efectuar el pago de los compromisos legalmente constituidos por el Hospital.	Valor de las Cuentas por pagar 2008 pagadas/ Valor de las cuentas por pagar 2008 Certificadas	Efectuar el pago del 100% de las cuentas por pagar constituidas al 31/12/08 que se encuentren debidamente ejecutadas y certificadas.	Subger A y F Financiera Tesorería	Tesorería	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Continúan las falencias. En 2011 se presentó incremento de exp funcionamiento en 83%. Se tomó una muestra selectiva de las cuentas por pagar constituidas a diciembre de 2008 y se verificó su pago total a diciembre de 2010, así: Guasca Ruben Belisario constituida por \$9.483.460 la cual fue cancelada durante las vigencias 2009 y 2010 según soportes adjuntos. v	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3,5	3.5.10 Una vez verificada la documentación que obra en los contratos relacionados en la muestra seleccionada se estableció que no se han liquidado, incumpliendo con lo consagrado en el artículo 9 del Acuerdo 003 de 2006 por medio de la cual se adopta el manual de contratación y lo consagrado en los contratos; que consagran en una de sus cláusulas la obligatoriedad de realizar la respectiva liquidación de los contratos celebrados dentro de los 4 meses siguientes al vencimiento del término de ejecución, previsión que está siendo incumplida por el Hospital.	El área Jurídica verificará y exigirá a los supervisores que presenten oportunamente dentro del término legal las liquidaciones de contratos con los correspondientes soportes para la revisión en el área jurídica	Numero de actas de liquidación de contratos, igual a número de contratos terminados.	Para Diciembre 31 de 2010 los contratos terminados durante los años 2008, 2009 y 2010, serán liquidados dentro del término legal a partir de la fecha.	Supervisores de contratos y área Jurídica.	Supervisores de contratos y Asesor Jurídico	Manual de Supervisión	07/10/2010	06/12/2010	1	A la fecha no se ha dado cumplimiento a la acción propuesta, estos hechos en la actualidad se siguen presentando.	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,7	3.7.1. Incumplimiento de funciones comité ambiental y sanitario y del personal que labora en el hospital teniendo en cuenta que: no fue adoptado mediante acto administrativo el PIGA, las capacitaciones adelantadas en el año 2008 enfocadas al tema de gestión residuos hospitalarios y bioseguridad no fueron efectivas por cuanto según consta en diferentes comunicaciones, deficiencias del personal hospitalario (médico y enfermeras) en la manipulación, segregación y disposición de residuos, la no entrega oportuna de requerimiento e informes a las autoridades ambientales	<ul style="list-style-type: none"> Establecer cronograma para la entrega de informes según los requerimientos de las diferentes autoridades ambientales; Entregar copia al comité de gestión ambiental de entrega de estos informes según fechas establecidas en el cronograma; el comité de gestión ambiental debe vigilar el cumplimiento en la entrega de informes Cumplir con las funciones del comité de Gestión Ambiental asignado tareas específicas a cada integrante del mismo Evaluar las capacitaciones realizadas al personal, implementando inspecciones de verificación 	<ul style="list-style-type: none"> Informes entregados a la Autoridad Ambiental - Comité de Gestión Ambiental = N° Informes Entregados a Autoridad Ambiental / N° Informes programados a entregar a la autoridad ambiental a Comité de Gestión Ambiental = N° de tareas cumplidas por los integrantes del comité de Gestión Ambiental / N° de tareas asignadas a integrantes del comité de Gestión Ambiental *100 Inspección para la evaluación de capacitaciones = N° de inspecciones favorables durante la evaluación de capacitaciones / N° de inspecciones programadas para la evaluación de capacitaciones *100 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega del 100% de los informes a la autoridad ambiental Cumplir con el 100% de las tareas asignadas por el Comité de Gestión Ambiental Obtener un 80% de inspecciones favorables en la evaluación de capacitaciones 	Servicios de Apoyo	Comité de Gestión Ambiental: Subgerente Administrativa y Financiera / Dr. Dora Elisa Guevara Representante e Cuerpo Medico / Dr. Oscar Vargas Referente Salud Ocupacional / Dr. Liliana Urrego Referente Epidemiología / Dr. Guillermo Castillo Referente Medio Ambiente Salud / Ing. Consuelo Martínez Referente Servicios de Apoyo / Ing. German Rodríguez Referente Ambiental / Ing. Mónica Cáceres	N.A	07/10/2010	06/12/2010	1.71	Cumplió Acción y se retira del Plan de Mejoramiento	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,7	3.7.2. 1. Inconsistencias en el cruce de información entre la facturación y manifiestos de ECOCAPITAL y el reporte diario de residuos RH1. 2. En cuanto a la rendición de cuenta ambiental a través de los formatos CB-501 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL INSTITUCIONAL NIVEL INTERNO, presentaron inconsistencias	1. Validar mensualmente los RH1 con la facturación y realizar el correspondiente análisis, Supervisar el diligenciamiento de los formatos RH1 y el manifiesto entregados por ECOCAPITAL. 2. la información suministrada para la rendición de cuentas de la Contraloría debe ser validada por el referente del área y oficina de control interno, entregando los correspondientes soporte de información solicitada en la rendición de cuentas anual de la Contraloría	1. Validación de diferentes formatos de residuos Peligrosos= N° de informes de validación de información realizado / N° de meses desde el periodo de inicio de análisis * 100. 2. Información soportada correctamente en la rendición de cuentas a la Contraloría = N° de formatos soportados correctamente / N° de formatos diligenciados	1. análisis del 100% de los meses la información suministrado mensualmente en los formatos RH1-manifiestos ECOCAPITAL y facturas a 31 de dic de 2009. 2. Debido a que la rendición de cuentas a la Contraloría se realiza en el mes de Febrero y la validación por parte de los auditores finaliza en el mes de Julio se solicita plazo para el cumplimiento de la meta propuesta: Soportar correctamente el 100% de los formatos diligenciados a mayo de 2010	Servicios de Apoyo	Referente de servicios de Apoyo Ingeniero German Rodríguez Profesional Ambiental Ingeniera Mónica Cáceres	N.A	07/10/2010	06/12/2010	1.71	Cumplió Acción y se retira del Plan de Mejoramiento	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTÁ	ESTADO DE LA ACCION
Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,2	3.2.1.1 La Junta Directiva no cuenta con procedimientos que garanticen que sus actas sean generadas, revisadas, aprobadas, incorporadas y suscritas en el libro de actas de manera oportuna. Las actas generadas en la vigencia 2008 no han sido incorporadas en el libro de actas, periodo en el cual se han presentado novedades en el titular de secretaría y quienes actualmente ya no se encuentran vinculados a la entidad. Incumple...	PLANEAR 1. Elaboración del procedimiento de Elaboración de Actas e inclusión en el Manual de Calidad Institucional. HACER 2. Aplicación del Procedimiento de manera mensual. 3. Socialización a miembros de Junta Directiva y actores involucrados VERIFICAR 3. Verificación de cumplimiento de las actividades planteadas en el mismo. ACTUAR 4. Formulación de acciones correctivas según los hallazgos	Procedimiento implementado y socializado a los Miembros de Junta Directiva.	A 30 de diciembre de 2008 se contrató el procedimiento implementado socializado.	Secretaría Ejecutiva Junta Directiva Diana E. Carvajal M. Oficina Asesora de Planeación Referente de Calidad	Diana Margarita García Secretaria Ejecutiva de la Junta Directiva. Diana E. Carvajal M. Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso. Profesional Especializado área Calidad.	N.A.	07/10/2010	08/12/2010	2	Verificados los soportes de la Auditoría al Proceso PGC (Planeación, Gestión de Calidad) 08 Junta Directiva de 2011, se evidencia que cuenta con el Procedimiento PGC 08 versión 03 de 2010 del 30.5.2011 "Elaboración de Actas de Junta Directiva y Comités Institucionales. Verificadas las actas tanto de sesiones ordinarias como extraordinarias de la vigencia 2010 y primer trimestre de 2011 se da cumplimiento en cuanto a las funciones para cada uno de los miembros.	C
Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,2	3.2.2.1 La institución no cuenta con el mapa de riesgos global. Desconoce los riesgos sistémicos, algunas áreas no ha dado cumplimiento en oportunidad al levantamiento de su mapa lo cual ha desencadenado la imposibilidad de consolidar el de procesos. Del seguimiento efectuado a los procedimientos se determina que estos no establecen el periodo en el cual se deben levantar los mapas de riesgo de manera sistemática y recurrente. Incumple el requisito literal g) numeral 4.2.1 Subtítulo Generalidades, título 4.2 Gestión Documental Norma NTCGP 1000:2004.	PLANEAR 1. Revisar y Ajustar el proceso de manejo y seguimiento a riesgo PCI05-02 2. Formulación, Adopción y socialización de la política de Manejo de Riesgos Institucional. HACER 3. Asesoría y acompañamiento en la formulación de los mapas de riesgos. 4. Elaboración de los mapas de riesgos por proceso. 5. Consolidación de los mapas de riesgos en una matriz de riesgos global 6. Determinación de un mapa de riesgos global institucional. VERIFICAR 7. Seguimiento Individual a mapa de riesgos institucional 8. Seguimiento al mapa de riesgos global de la Entidad. ACTUAR 9. Ajuste de los procesos institucionales de acuerdo a los resultados del seguimiento al mapa de riesgos.	Porcentaje de cumplimiento en la elaboración de los mapas de riesgo: No. de procesos con mapa de riesgos / Total de procesos institucionales * 100. N° de seguimientos realizados al mapa de riesgos global / N° total de seguimientos programados. * 100	A 31 de diciembre de 2009, haber desarrollado el 100% de las actividades para la obtención del manejo de riesgos de la Institución.	Comité de Control Interno Calidad. Oficina Asesora de Planeación Referente de Calidad O.G.P.A.	1-2-3-5. Diana E. Carvajal M. Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso. Profesional Especializado área Calidad. O.G.P.A. Profesionales de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol 4. 7-9. Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	De acuerdo a la metodología o guía de la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, que le sirve de apoyo al Hospital para el rango de calificación del riesgo, no tienen mapa institucional, sino mapas por procesos que son 22. Se verifico la existencia del Proceso de Manejo y Seguimiento a riesgo PCI 05 Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTÁ	ESTADO DE LA ACCION
Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,2	3.2.6.1.2 La cuenta de la vigencia 2007 rendida por el hospital a la Contraloría de Bogotá presentó incumplimiento a la Resolución 020 de 2007 en lo relativo a plan de mejoramiento, informe de control interno, peticiones quejas y reclamos y formatos del componente medio ambiente. En memoria institucional, se observa que la Entidad no ha avanzado en el fortalecimiento del proceso de gestión documental que garantice su adecuado archivo y guarda. En el sótano del edificio de la sede calle 80 reposan los archivos documentales correspondiente a la facturación de los primeros meses del año 2008 sin contar con protección alguna, ver fotos	1. Dentro de los planes operativos establecer la programación de entrega de los informes a los entes de control. 2. Revisión, ajuste, adopción, divulgación y socialización del procedimiento de Rendición de Informes a los entes de control para la entrega completa y oportuna a los entes de control. 3. Seguimiento al cumplimiento oportuno en la presentación de informes a los entes de control. 4. Establecer los planes de mejoramiento y realizar las acciones pertinentes en caso de incumplimiento, y a la vez enviar los informes dejados de presentar oportunamente. 5. Garantizar la custodia de la documentación contando con un espacio apropiado para su protección y guarda. Socializar los procedimientos con todas las áreas para que se garantice una adecuada recepción de la documentación. Fortalecer y mejorar el proceso de la gestión documental, manteniendo la comunicación entre las diferentes áreas de la entidad, para darle cumplimiento al proceso de la entrega y custodia de la documentación de acuerdo a como lo exige la norma.	1. No. De informes requeridos con entrega oportuna / No. Total de informes a entregar a entes de control en la vigencia * 100 2. No. De áreas con el procedimiento de divulgado y socializado/ No. Total de áreas de la Institución * 100 2. No. De documentos relacionados para entrega/No. de documentos recibidos * 100	A 31 de Diciembre de 2009 haber dado cumplimiento oportuno a la totalidad de los informes requeridos por los entes de control. 5. A 31 de Diciembre de 2009 fortalecer y mejorar el proceso de la gestión documental en la entidad	Subgerencia de Servicios de Salud Subgerencia Administrativa Financiera Oficina de Planeación de Control 5. Gestión Pública y Autocontrol de la Oficina Jurídica Referente de Archivo General	Referente de cada una de las áreas responsables de la información para con los entes de control de la Torre Camilo Torres Referente de Archivo General	N.A.	07/10/2010	06/12/2010	2	Para el apoyo a la rendición de cuentas (física o magnética), dependiendo la periodicidad para dar respuesta a los entes de control, la OGPB envía memos y correos internos conminando a que se de cumplimiento a los plazos establecidos. Cada vez que se envía la cuenta hay certificado en cuanto a veracidad e integridad, la cual reposa en Oficina, firmada por cada uno de los referentes.	C
Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,3	3.3.2.1 En ejecución del programa de la cuenta Deudores se evidenció que existe facturación pendiente de radicar ante los pagadores en cuantía de \$ 1.302.7 millones, correspondiente a las vigencias 2005 a 2007	1.- Controlar y Soportar dentro de los tiempos de la radicación cada una de las facturas pendientes de soportes para radicar. 2.- Seguimiento escalonado a las facturas no radicadas dentro del periodo correspondiente del Radicarlas. 3.- Informar oportunamente al área de cartera sobre la radicación de facturas de otros periodos. 4.- Control periódico sobre las cuentas a radicar y radicadas.	1.- (Porcentaje de radicación de cada periodo) N° de Facturas radicadas en estado de AP o Pendientes por Radicar / N° Total de facturas en AP o Pendientes por Radicar.	Radicar al 100% las facturas y cuentas generadas a los diferentes pagadores dentro de los 20 primeros días de cada mes.	Subgerencia Administrativa Financiera Referente de Financiero	Armando Vargas Cuenca Referente de facturación	N.A.	07/10/2010	06/12/2010		En cumplimiento de la acción comprometida se realiza conciliación mensual entre cartera y facturación y actas de comité de facturación y glosa.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CURMP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,6	3.6.1.1 De la muestra evaluada se establece que el 78.3% de los contratos ejecutados durante la vigencia 2007 carece de informe y reporte de gestión por parte de supervisor de estos, lo cual impide a la administración contar con el seguimiento a la ejecución y el cumplimiento de los compromisos del contratista, incumpliendo el Manual de Interventoría MAJ01-03 adoptado mediante Resolución 115 de abril 13 de 2007.	Se hará nuevamente las socialización del manual de Interventoría con los supervisores de contratos y sus asistentes para que reposen en cada carpeta contractual todos los soportes referente a supervisión y se revisara periódicamente.	Nº de contratos de la vigencia con el total de documentos/Nº total de contratos de la institución, de la vigencia * 100	El 100% de los contratos deberán contener los documentos soportes informes emitidos por los supervisores.	Oficina Asesora jurídica	* Dra. Diana González Vargas. Oficina asesora jurídica Supervisores de contratos	R. Humano: 1 Referente de Contratación.	07/10/2010	06/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,8	3.8.9 La movilidad del personal de las áreas de prestación de servicio potencia la exposición a los riesgos de accidentalidad laboral, derivada del no conocimiento previo de los protocolos de bioseguridad que resaltan el como realizar el auto cuidado y los beneficios de la adhesión rigurosa a los mismos.	1. PLANEAR.- Replantear el programa de Inducción y reintroducción. HACER realizar una evaluación al personal que ingrese a la Entidad, y a los actuales para poder tener una línea base de la cual se debe derivar unos indicadores en determinado tiempo. VERIFICAR Tabular la evaluación y Respuestas dadas. ACTUAR : ajustar los procedimientos. 2. establecer planes de mejora individuales y colectivos.	del 100% del personal de la Entidad, deberemos tener como mínimo el 60% encuestado, al finalizar el año 2009 todo el personal debe conocer los riesgos a los que esta expuesto en la Institución.	600 trabajadores en el 2,008. restante en el año 2009	Talento Humano, Salud, Ocupación y ARP	Dora Elsa Guevara Gutiérrez, Juliana Montes	Financieros personal.	07/10/2010	06/12/2010	1.71	Cumplió Acción y se retira del Plan de Mejoramiento	C
Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3,9	3.9.2 Las respuestas dadas a los PORS no responden a la inconformidad del usuario en los planes de mejoramiento suscritos en virtud de las auditorias concurrentes que realizan tanto el Fondo Financiero a Tráves de la Universidad de Antioquia como los pagadores mediante sus auditorias Médicas no generan reducción de esta problemática. El resultado del cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos y ejecutados con tal propósito, no reducen los casos observados y se sigue presentando materialización de demoras en la respuesta con tiempos mayores a 100 días. Se incumple el procedimiento PAUO-03 Administración de Quejas y Reclamos del Manual de la Calidad del Hospital de Engativá y la normatividad allí referida como marco normativo. Evidencia de lo afirmado lo constituye el siguiente análisis del reporte de Quejas y Reclamos con corte 31 de diciembre de 2007.	* Realizar seguimiento desde la oficina de atención al usuario en cuanto a la oportunidad y la calidad de las respuestas a los derechos de petición, por parte de los coordinadores * Exigir cumplimiento a los coordinadores con el apoyo de OGPAs * Socializar los procedimientos para la respuesta de los derechos de petición para el cumplimiento de los términos de Ley y requisitos de calidad. * Realizar verificación y seguimiento al cumplimiento oportuno de las respuestas de los derechos de petición. * Levantar planes de mejoramiento en caso de desviaciones y realizar los seguimientos pertinentes.	No. total de derechos de petición con respuesta/No. Total de derechos de petición de la vigencia * 100 Nº de actividades realizadas/Nº total de actividades planteadas * 100	Al 31 de Diciembre de 2009, responder el 100% de los derechos de petición recibidos durante la vigencia, dentro de los términos de ley.	Atención al Usuario	Atención al Usuario, OGPAs, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa y Coordinadores de todos los servicios	NA	07/10/2010	06/12/2010	2	Los tiempos de respuesta estén acordes con lo estipulado en la norma, se han disminuido los hallazgos por estos conceptos por parte de los pagadores y de la Universidad de Antioquia. A la fecha se han recibido oficios de la Secretaría Distrital de Salud en donde conceptúan que la gestión y el manejo de los requerimientos ingresados en el aplicativo cumple con los parámetros de calidad, oportunidad, pertinencia y comunicación que fue socializada en los comités de gerencia para asimilar a los referentes. Desde el año 2010, la oficina no ha sido objeto de observaciones por falencias en la oportunidad, calidad y respuesta al 100% de las peticiones. Soporte. Oficio de la SDS en tres folios. Acta de Visita Fiscal a la Oficina de Atención al Usuario del 26.9.2012.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUMPL	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3,3	3.3.1.3.1. Existe incertidumbre sobre el valor real a cobrar por la inobservancia de la Resolución 400 de 2000 PGCP, Capítulo III, normas técnicas relativas a los activos, numeral 1.2.7.1.1 - Deudores, La falta de controles, desde el momento de la prestación del servicio hasta el recaudo del dinero, es la causa primordial para que se tengan facturas por más de una vigencia sin efectuar las cuentas de cobro, ocasionando desgastes administrativos por labores adiciones que deban realizarse para lograr el recaudo del dinero, que finalmente genera riesgo de no pago.	1.Determinar y elaborar las facturas que no tienen cuenta de cobro, con el fin de que realice el procedimiento de elaboración de la cuenta de cobro y radicación, para poder efectuar las acciones de cobro correspondientes y determinar si pertenecen a la cuenta de difícil cobro.2. Realizar Interfase mensual entre Facturación y Cartera con el fin de identificar que facturas no se han radicado y proceder en el mes siguiente para que se realice el procedimiento correspondiente. 3. Ajustar los Manuales de Procedimientos de las áreas involucradas	No. de facturas identificadas y radicadas / No. factura en estado AP * 100	Depurar el 100% de las facturas sin radicar	Subgerencia Administrativa y Financiera	1. Armando Vargas Referente de Facturación 2. Carlos Torres Referente de Cartera	Soportes para elaboración de facturas	07/10/2010	06/12/2010	2	La entidad informa entre facturación no se tiene interfase como tal pero de cada de hacia contabilidad, en cuanto a los manuales de procedimientos se encontraban en proceso de ajuste	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.7 Provisión Deudas de Difícil Cobro. Esta cuenta no esta depurada, el hospital esta en mora de liquidar el contrato 014/03 que finalizo hace 17 meses también esta cuenta presenta subvaluación en cifra indeterminada, toda vez que la cuenta por cobrar por prestación de servicios con antigüedad de mas de 360 días a 31/12/05 no se habían aprovisionado De acuerdo a lo anterior, el Hospital no cumple lo normado en la Resolución 400 de 2000 PGCP, Parte II Revelación de las operaciones financieras, numeral 1.1.3.3 Realidad Económica de las Operaciones.	1. Revisión del estado de ejecución financiera de los contratos suscritos para venta de servicios. 2. Realizar cruce de cuentas con los diferentes pagadores. 3. Determinar el estado real posterior a los cruces de cuentas. 4. depuración de las cuentas al estado real.	% Actividades Programadas de ejecución de actividades programadas	A diciembre de 2009 cumplimiento de las acciones propuestas	Subgerencia Administrativa y Financiera	Dr. Carlos Torres Coordinador de Cartera.	na	07/10/2010	06/12/2010		En cumplimiento de las acciones comprometidas se evidencia la matriz de contratación tomando como ejemplo el correspondiente a contrato PIC 017 de 2010, Desplazados 770 de 2007 y gratuidad contrato 461 de 2007.	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2004	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2004	4.3.3.2 Deudores Servicios de Salud con ARS- Una vez evaluada la cuenta 14000 Deudores-Servicios de Salud, se estableció que en la sub.cuenta 140900301, Plan Subsidiado de salud POS, subsidiado ARS, y confrontados los registros de cartera y contabilidad se estableció que se presenta una diferencia de \$193.9 millones, la cual se origina con CAFAM ARS, por valor de \$203.5 millones de pesos, y un saldo crédito con Salud Total ARS por \$9,6 millones de pesos, es necesario indicar que esta cuenta se encuentra en programa de saneamiento contable hasta Diciembre del 2005, de igual forma, de la evaluación realizada a la deuda de las ARS con el Hospital, se estableció, que de una cartera \$ 979.8 millones con la ARS, \$253.6 millones tiene un año mas de vencida valor que representa el 25,9% de total de la cartera con estas entidades, ver cuadro No. 5, de otra parte las nueve ARS con mayor representación tienen una deuda acumulada de \$920.9 millones, lo cual representa el 94% del total de la cartera, entre los cuales \$242.3 millones tienen mas de 365 días de vencidos.	1. Efectuar las acciones de cobro sobre la cartera que tiene mas de 360 días con el fin de definir si es de difícil recaudo, para iniciar las acciones jurídicas para su cobro y su provisión y reclasificación por las áreas correspondientes. 2.Implementar y ejecutar un plan de depuración de los estados de cartera actuales, con el fin de cruzar saldos con las entidades que presentan deudas presuntas para definir saldos reales y así depurar la cartera de la entidad.	No. De de pagadores depurados / No. de pagadores por depurar *100	A 31 de diciembre de 2009, contar con el 100% de la cartera depurada	Subgerencia Administrativa y Financiera	1.Carlos Torres Referente de Cartera 2. Valdimir Ilisch Mendoza Asesor Jurídico 3. José Humberto Bohorquez Referente de Contabilidad.	Actualización del Módulo	07/10/2010	06/12/2010		proceso de conciliación de cartera entre entidades, adicionalmente se contrato con la firma Gerencia organizacional el tema de depuración y saneamiento contable de la cartera	C





CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2002	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2002	4,3,5 La cuenta Deudores-Servicios de Salud (1409) presenta un saldo de \$3,696,1 millones de los cuales \$519,1 millones se encuentran en saldos por depurar que corresponden al 14,05% de esta subcuenta, entre las que sobresalen servicios de salud particulares con \$294,1 millones y Servicios de Salud Entidades Régimen Especial con \$92,3 millones, entre otras; ocasionado por saldos de vigencias anteriores, lo que trae como consecuencia incertidumbre en relación con la razonabilidad de la cifra, al igual que el Hospital no conozca el valor real de su cartera, contradiciendo los numeral 1,1,3,3 y 1,1,3,5 Realidad económica de las operaciones, y depuración de saldos antiguos respectivamente, contemplados en el Plan General de Contabilidad Pública - P:C:G:P prescrito por la Contaduría General de la Nación	1. Implementar y ejecutar un plan de depuración de los estados de cartera actuales, con el fin de cruzar saldos con las entidades que presentan deudas presuntas para definir saldos reales y así depurar la cartera de la entidad. 2. Conciliar trimestralmente con cada uno de los pagadores para verificar los estados de cartera y mantener los saldos reales.	No. Entidades con saldos reales a depurar * 100	Depurar en un 100% la Cuenta a 31 de diciembre de 2009	Subgerencia Administrativa Financiera	Carlos Eduardo Torres Referente de Cartera y Equipo Ejecutivos de cuenta	Soportes Físicos y Documentales	07/10/2010	06/12/2010		proceso de conciliación de cartera entre entidades, adicionalmente se contrato con la firma Gerencia organizacional el tema de depuración y saneamiento contable de la cartera	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2002	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2002	4.3.6 El hospital en su contabilidad ha incorporado cinco (5) inmuebles de los dieciocho (18) de su propiedad. Los Trece (13) restantes se encuentran registrados en las cuentas de orden. A pesar que la Ley 716 de 2001, faculta a las entidades estatales a depurar sus cifras antes del 31 de diciembre de 2003, es importante resaltar que el valor de los inmuebles no incorporados en la cabalidad ascienden a \$5,604,4 millones de pesos, que equivale al 47,6% del total del activo (\$11,908,2 millones de pesos) situación que el saldo reflejado no es razonable ; contradiciéndole contemplados en numeral 1,2,5. requisito de la información contabilidad del P:C:G:P	1. Existe titularidad sobre los 6 inmuebles de propiedad del Hospital, legalización de la tenencia de otros 6 que están construidos en bienes de uso público; y la Secretaria de Salud realiza actualmente la legalización de los otros 8 bienes. El Hospital aportara la documentación y realizara las acciones que imparta la Secretaría Distrital de Salud sobre el particular. Adicionalmente se incluirá en el POA 2009.	Total acciones realizadas / Total acciones solicitadas x 100	Legalizar la tenencia del 100% de los bienes inmuebles que son propiedad del Hospital.	Jurídica	Activos Fijos contabilidad	N.A.	07/10/2010	06/10/2011		por ser una acción que involucra un ente externo, no obstante las gestiones adelantadas esta observación se cierra y se reformula en como una nueva observación para poder realizar verificación del avance del proceso de legalización,	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2003	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2003	4.5.1.2 sin que se haya efectuado la liquidación	Citar a los contratistas para la suscripción de las respectivas actas de liquidación.	# de actas levantadas sobre total de certificaciones, soportes, e informes recibidos.	Liquidación de todos los contratos en términos	Oficina Asesora Jurídica y Supervisores de contratos	Supervisores de contratos	abogado	07/10/2010	06/12/2010	1	A la fecha no se ha dado cumplimiento a la acción propuesta, estos hechos en la actualidad se siguen presentando.	A
Inofirme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.1.1. La entidad no ha puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el código de ética, tales como capacitaciones, reuniones internas, comités, reincidencia etc., de haberlas realizado el resultado de ellas no refleja el compromiso institucional por parte del personal, incumpliendo lo preceptuado en la Resolución 338 de 2008; Artículo 2, literal b y artículo 4 literal k de la ley 87 de 1993.	1-Incluir en el programa de inducción el tema de código de ética articulado a la humanización del servicio.2- Incluir en las ULG la socializa código de ética articulado a la humanización del servicio. 3-Divulgación del código de ética y buen gobierno	1- No.Personas capacitadas en código de ética/ No. Personas que ingresan a la entidad. 2- No.de socializa a las UPZ 3- Nro.de medios de divulgación	1- Divulgar el Código de Ética a todos los funcionarios que ingresan a la entidad 2- 100% de cumplimiento en la socialización a las UPZ 3- Utilizar dos (2) medios de comunicación para la divulgación del código de ética.	CALIDAD	Referente MECI, Referente de UPAS	Humano	07/10/2010	06/10/2011	2	Mediante Resolución No. 331 de 2008, se aprueba y adopta el Código de Ética, el cual se entrega por parte de la OGPA en medio magnético y es conocido por el personal a través de la cartilla de inducción y reincidencia. Se sensibiliza en los espacios de las ULGs Unidades Locales de Gestión reuniones mensuales en cada una de las UPAS. También por correos internos, folletos, premios de calidad.	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CURMP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.1.2 El proceso de formación y capacitación del hospital, está basado en un plan de capacitación, sin embargo su formulación no incluye aprobación mediante acto administrativo, evaluación de los resultados del plan de capacitación correspondiente a la vigencia 2008, ni verificación de que este estuviera enmarcado dentro de las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación. De igual manera el programa de bienestar de la entidad no contempla la evaluación de los resultados de la vigencia 2008, lo que puede ocasionar en la Entidad un riesgo al dejar de contemplar actividades en los planes mencionados, incumpliendo el artículo 6, literal c) del artículo 13 del Decreto Ley 1567 de 1998 el literal b del artículo 16; el artículo 19 de la Ley 87 de 1993 y manual de procesos y procedimiento de la entidad.	1. Dar cumplimiento al procedimiento: Diseño, programación, ejecución, evaluación, seguimiento y actualización del Plan Institucional de Capacitación- PIC 2-Elaboración, programación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Bienestar e Incentivos	1. No. De capacitaciones realizadas/ No. De capacitaciones programadas. 2- Actividades de bienestar desarrolladas	1- 90% de cumplimiento del PIC 2- Dar cumplimiento al 90% del programa de bienestar	TALENTO HUMANO	REFERENTE DE TALENTO HUMANO Y BIENESTAR SOCIAL	Humanos	07/10/2010	28/02/2011	2	La OGPA realizó auditoria en abril 2011 al Proceso de Bienestar y Capacitación que es el PTH24-03 Diseño, Programación, Ejecución, Seguimiento, Evaluación Y Actualización del Plan Institucional de Capacitación -PIC y PTH44-03 Reinducción Institucional a Funcionarios PTH = Planes, Programas de Talento Humano, según lineamientos de formación y capacitación del servidor público en la cual se tienen en cuenta la Guía para implementar los programas de inducción y reinducción. En el 2010 se realizó el Plan de Capacitación y el Plan de Bienestar. Mediante Resolución 231 de 2010 se aprobó el Plan de Capacitación y Bienestar por la Comisión de Personal, para el año 2012. Se hace una evaluación semestralmente para ver cumplimiento metas.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.2.1 De acuerdo a consulta de bases de datos, la entidad cuenta al menos con 710 procedimientos aprobados mediante acuerdo 020 de 2009; los cuales han sido actualizados y ajustados a la plataforma estratégica. Sin embargo no se aplican en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general. Situación que se evidencia en los diferentes componentes de esta auditoría y que de alguna manera representa un riesgo para la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% su cumplimiento, trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f), h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y manual de procesos y procedimientos de la entidad.	1.- Continuar fortaleciendo el conocimiento del Manual de Calidad Versión y rediseñar los flujogramas existentes para una mejor comprensión	1- No. De áreas socializadas en la Entidad/ Total de áreas 2- No. De procedimientos con flujograma / No. De procedimientos aprobados en el manual de calidad	1- 100% de conocimiento a las áreas en el manual de calidad y flujogramas	CALIDAD	REFERENTE DE ÁREAS TANTO ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES CALIDAD	Humano	07/10/2010	06/10/2011	2	Una vez verificado en el Manual de Calidad y el Mapa de Procesos se evidencia que cada uno de los procesos y procedimientos cuenta con flujograma. Estos documentos están en la red	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.2.2 Mediante prueba selectiva efectuada por el grupo auditor se pudo observar que algunos centros como La Española, Álamos, Garcés Navas, Estrada, no disponen de inventarios de elementos devolutivos actualizados, al evidenciar que existen bodegas con elementos que al parecer son para dar de baja o para mantenimiento, sin que se tenga control de los mismos ni responsable asignado; de igual manera cuando un responsable de inventarios sale a disfrutar su periodo de vacaciones no hace entrega del mismo y en ocasiones lo deja bajo llave, situación observada en el CAA Garcés Navas; generando para la entidad riesgo al no disponer de estos elementos de manera inmediata cuando puedan requerirse y a la vez en caso de que se presente pérdida de elementos dificultaría la investigación que adelante el hospital; lo anterior incumple lo preceptuado en el Manual de procesos y procedimientos de la entidad, Art. 2 de la Ley 87 de 1193, Resolución No. 001 del 2001 de la Secretaría de la Hacienda	1. Dar cumplimiento a los procedimientos como: Reintegro de bienes al Almacén General y Toma Física o Inventarios de Bienes en servicio. 2- Actualizar el procedimiento de Informe y Entrega de Recepción de cargo en periodo de vacaciones.	1. No. Procedimientos cumplidos / No. De procedimientos establecidos 2. No procedimiento actualizado / total de procedimiento	1- Porcentaje de procedimientos cumplidos 2- Socializar el procedimiento.	ACTIVOS FIJOS ALMACEN ASISTENCIAL TALENTO HUMANO	REFERENTES DE ÁREAS ASISTENCIALES ADMINISTRATIVAS	Humano	07/10/2010	06/10/2011	2	Talento Humano. El formato de Periodo de Vacaciones es el mismo formato de Entrega de Cargos, en el cual se encuentra un informe ejecutivo, el procedimiento establece su diligenciamiento cuando un trabajador sale a vacaciones. En Activos Fijos hay un formato establecido para la devolución y entrega de bienes.	C





CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.3.1. El Hospital tiene identificado los factores internos y externos de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, esta identificación se ha realizado a través de los procesos, para lo cual se han desarrollado programas de sensibilización interna; sin embargo no cuenta con política de administración de riesgos, al igual que se evidencia que no se realiza seguimiento a las acciones realizadas, situación que se presenta de manera repetitiva con la anterior auditoria, lo que puede constituirse en amenaza para la consecución de los objetivos de la entidad; incumpliendo lo preceptuado en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001; literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Ajustar el formato para seguimiento a los riesgos. 2. Realizar seguimiento al mapa de riesgo Institucional y de procesos dando cumplimiento a la Resolución 334/08 3. Ajustar y socializar la política de administración del riesgo.	1- Formato actualizado 2- Numero de mapas de riesgos con seguimiento/Total de mapas de riesgos 3. Política Ajustada y socializada	1- Aprobación de formato por Calidad 2- 100% de cumplimiento a los requisitos del mapa de riesgos. 3- Ajuste al 100% de la política de Riesgos y socializada a la entidad a través del correo interno.	CALIDAD, PLANEACION Y OGPA	Referente MECI, PLANEACION Y OGPA y referentes de áreas.	Humano	07/10/2010	06/10/2011	2	La parte funcional de la entidad se trabaja por procesos, se revisaron los mapas por procesos 22 y se trabajaron teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, las líneas estratégicas, los planes de trabajo POA y los procesos. Están actualizados y validados a Mayo 12 de 2012 Circular Interna GHE 0140rg. Trabajados con referentes, validados OGPA y aprobados por la alta dirección. Se cuenta con la política de administración de riesgos a través de la Resolución 337, divulgada por correo interno.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.3.2 El hospital cuenta con contratación por prestación de servicios, en los cuales los términos pactados dentro del contrato divergen de los términos de la ejecución del mismo; es así como se evidencia en el acta de visita fiscal de fecha 13 de agosto de 2010 que se suscriben contratos de prestación de servicio con un término que va del 2 al 31 de agosto de 2010; siendo su ejecución a partir del 1 de agosto de 2010; colocando en alto riesgo al hospital en razón a que se presto servicios el día 1 de agosto, con personal que no esta debidamente contratado. Lo anterior incumpliendo lo preceptuado en el manual de contratación aprobado mediante Acuerdo No. 3 de 2006 y Art. 2 de la Ley 87 de 1993.	1- Dar cumplimiento a lo establecido en el proceso y procedimiento de contratación y manual de Contratación.	no. De contratos con cumplimiento de proceso/ total de contratos realizados	Dar cumplimiento al 100% de los procedimientos y manual de contratación establecido por la entidad.	JURIDICA	REFERENTE DE CONTRATACION	Humano	07/10/2010	01/12/2010	2	Se cumplio con la meta propuesta	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.1.3.3 La entidad cuenta con mapa de riesgo aprobado mediante Resolución No. 334 de 30 de Septiembre de 2008, donde se identifica, analiza y valora los riesgos, clasificándolos en riesgos Financieros, Estratégicos, de Cumplimiento y Operativos por cada una de las áreas. La entidad posee 39 mapas de riesgos; los cuales no se encuentran consolidados. Cada mapa se maneja en matriz de valoración por cada una de las áreas y procesos; sin embargo en algunas áreas como Talento Humano y oficina jurídica no realizan seguimiento periódico a la mitigación del riesgo, lo que conlleva a que la entidad no cuente con mapas de riesgo actualizados incumpliendo lo preceptuado en la Resolución 334 de 2008 y artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Consolidar mapas de riesgos asistenciales y administrativos. 2. Seguimiento a los mapas de riesgos	1- Consolidación de mapas de riesgos 2-Número de mapas de mapas de riesgos	1- Cumplimiento del 100% en la consolidación de los mapas de riesgos 2-100% de cumplimiento a los requisitos del mapa de riesgos	CALIDAD, OGPA PLANEACION	REFERENTE (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS) REFERENTE MECI, JEFE OGPA y JEFE PLANEACION	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011	2	La parte funcional de la entidad trabaja por procesos, se revisaron los mapas por procesos 22 y se trabajaron teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, las líneas estratégicas, los planes de trabajo POA y los procesos. Están actualizados y validados a Mayo 12 de 2012 Circular Interna GHE 0140rg. Trabajados con referentes, validados OGPA y aprobados por la alta dirección. Y se cuenta con la política de administración de riesgos a través de la Resolución 337, divulgada a través del correo interno.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.2.2.1 La entidad identifica las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas, situación que se presente de forma repetitiva de acuerdo con lo evidenciado en el plan de mejoramiento resultado de anteriores auditorias. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, carpetas de contratos sin foliar y en ocasiones desorganizados, contratos de varias vigencias archivados en una sola carpeta como es el caso del contrato de Humana Vivir EPS, etc. en contravía a la ley 594 de 2000, circular 046 de 2004 de la secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá., artículo 2 de la ley 87 de 1993.	1-Elaborar e implementar (organización de los archivos de gestión de las áreas) las Tablas de Retencion Documental en la Entidad 2. Organizar el archivo historico de la vigencia 2009 de contratación.	1- No. De TRD implementadas/No. De Areas del Hospital 2- No. De carpetas organizadas/ Total de carpetas que hacen parte del archivo de la vigencia 2009.	* En Octubre de 2011 tener 100% TRD elaboradas, y en un 60% de implementación en la entidad (ya que se cuenta con una gran cantidad de áreas y volúmenes de documentos)	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERAS	REFERENTE DE ARCHIVO, REFERENTE ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVOS	RECURSO HUMANO Y FISICOS	07/10/2010	06/10/2011	2	En el informe de Proceso de Gestión de la información de Abril de 2012, que cumplió con el objetivo de Seguimiento al Plan de Choque al Proceso de Gestión de la Información en las áreas de Emaus, Calle 68, Av. Boyaca, Calle 80 sótano y Calle 80 piso quinto. Se inicio el 7.12.11, en cabeza Ingerente Sistemas, Fases Propuestas: 1. Herramientas Sistematizadas. Inventario Documental 2. Digitalización de información es scanner 3. Maración física de bodegas. A la fechas el Hospital cuenta con tablas de retención en proceso de ajustes por el Archivo Distrital.	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CURMP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.2.2.2 En el transcurso del año 2009 se realizaron 21 actas de Junta Directiva; según consta en los libros de actas con fechas de registro 9 de julio de 2007 y 14 de abril de 2009; los cuales fueron suministrados oficialmente como insumos dentro del proceso auditor. El 19% de las actas no se encuentran legalizadas, al notar que las actas número 10, 16, 17 y 18 no contemplan alguna de las firmas requeridas. Por otra parte la aprobación de actas no se realiza acorde con el procedimiento establecido, al notar que esta se realiza de manera conjunta, en ocasiones hasta con la aprobación de 6 actas, con salvedades de modificaciones realizadas en la misma sesión; es decir, la junta aprueba siempre y cuando se realicen algunos ajustes los cuales no son presentados en sesiones posteriores. Finalmente se observa en los libros que el acta No 2 del 5 de febrero de 2008 no está firmada. Lo anterior trasgrede lo contemplado en los literales b), c), g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993; art. 16 del acuerdo 17 de 1997, artículo 34 numeral 1 de la ley 734 de 2002.	1. Actualizar y aplicar el procedimiento de elaboración de actas de Junta Directiva, incluyendo las acciones a seguir en caso de junta extraordinarias. 2. Recoger firmas de las actas evidenciadas en el hallazgo de la Contraloría.	1. Procedimiento actualizado y aplicado. 2. Actas de Junta Directiva Firmadas.	A 31 de diciembre de 2010, modificar el procedimiento y firmar la totalidad de actas de junta directiva.	GERENCIA PLANEACION	JEFE DE PLANEACION Y SECRETARÍA DE LA JUNTA	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	2	Se verificaron los dos libros Oficiales de Actas de Junta Directiva de la vigencia 2011. Libro 3 Actas desde la No. 010 de 2009, acta parcial, hasta la 010 de 2010 completa y termina con la página 1 del Acta 011 de 2010. Libro 2010-2011, inicia con el Acta 011 de 2010 y finaliza con el Acta 019 de 2011 página 04 correspondiente al mes de noviembre. La Junta del Hospital está dando cumplimiento a los procedimientos para asegurar la legalidad del contenido de las actas y de sus decisiones, lo cual lo soportan con los borradores de las actas previamente revisados por los miembros de la junta y los listados de asistencia. Las tablas de retención documental están en proceso de aprobación con el Archivo Distrital.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.2.2.3 El Hospital maneja un conjunto de herramientas como bases de datos en Excel, aplicativo HIPOCRATES, Sistema de información gerencial SERVINTEC CS, pagina web; que facilitan la captura, procesamiento, administración, y distribución de datos e información, con asignación de responsables de cada proceso. Sin embargo posee dificultades al no contar con información en línea en las diferentes áreas para la consulta actualizada, así por ejemplo el sistema de información Hipócrates no ha implementado la interfaz entre los módulos de tesorería y presupuesto. La página Web no contempla información actualizada, teniendo en cuenta que esta puede ser utilizada como medio de consulta por la ciudadanía en general. Situaciones que generan riesgos para la entidad, trasgrediendo lo contemplado en los literales e), h) i) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	1-Actualizar periódicamente la pagina web con información institucional que armonice las relaciones entre cliente interno y externo. 2- Socializar con las diferentes áreas la herramienta "REPORT SERVER", que presenta la información del sistema de información en línea 3.Requerir al contratista SERVINTE con el fin de conocer el procedimiento para efectuar las interfaces de los diferentes módulos del Sistema de información institucional.	1- Número de actualizaciones en la pagina web mensualmente / totalidad de actualización en la pagina web. 2. No. De áreas con socialización/ Total de áreas institucionales. 3- No. de Módulos con interfase/ No. Total de módulos del Sistema de información.	1. contar con la actualización de la pagina web en un 100%. 2. Socializar al 100% de las áreas de la herramienta del REPORT SERVER. 3- Contar con la interfase entre los diferentes módulos del sistema de información.	COMUNICACION DE SISTEMAS AREA FINANCIERA	REFERENTE DE COMUNICACIONES, REFERENTE DE SISTEMA, REFERENTE DE TESORERIA, REFERENTE DE PRESUPUESTO	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011	2	El hospital cuenta con una página Web, que es objeto de actualización periódica, con información actualizada manejada por sistemas. Hipócrates en todas las dependencias que generan información cuentan con interfaces en operación. Fuera de la interfase mensualmente las dependencias Presupuesto, Tesorería, Cartera, Facturación, Contabilidad, Activos Fijos, realizan previo cronograma, actas de cruce o de seguimiento que reposan en Contabilidad.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.2.3.1 La entidad utiliza como medio de comunicación hacia la ciudadanía, las carteleras, comunicados, folletos, líneas de atención telefónica. La información de carteleras no es actualizada, en ocasiones no contemplan publicaciones de interés para la ciudadanía de forma clara, lo que genera insatisfacción por parte de los usuarios, Incumpliendo lo preceptuado en los literales h, i, j, del artículo 4 de la Ley 87 de 1993.	1- Estructurar, socializar, aplicar, seguimiento y evaluación al procedimiento interno para la publicación de información en las carteleras del Hospital y UPAS	1- Nro. De publicaciones en carteleras /total de registros recibidos a publicar	Actualizar el 100% de los registros de información de acuerdo a las solicitudes.	COMUNICACION	REFERENTE DE ATENCION AL USUARIO	HUMANO	07/10/2010	30/04/2011	2	El Hospital implementó un formato para efectuar el control y seguimiento a las publicaciones de la cartelera por el funcionario de la Oficina de Comunicaciones.	C

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUMPL	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,3	3.3.3.2.1 La entidad cuenta con plan anual de auditoría aprobado mediante acta de comité de control interno de septiembre de 2009, sin embargo la mayoría de las auditorías programadas pertenecen al grupo de auditores de calidad, por otra parte se evidencia que la oficina de OGPA no realiza en un 100% el seguimiento a la elaboración y puesta en marcha de planes de mejoramiento, con el fin de subsanar los hallazgos encontrados y de verificar el logro y efectividad de las acciones correctivas o preventivas establecidas en cada una de las áreas, lo que ocasiona un riesgo para la entidad, incumpliendo lo estipulado en los literal d), e), f) y g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	1-Dar cumplimiento a la programación de las auditorías por OGPA y CALIDAD. 2- Realizar el seguimiento a la elaboración y ejecución de planes de mejoramiento de acuerdo a las auditorías realizadas.	1-Nro de auditorías programadas / Nro. auditorías ejecutadas 2- Planes de Mejoramiento de acuerdo a la auditoría	Cumplimiento del 100% de las auditorías programadas y planes de mejoramiento	OGPA Y CALIDAD	REFERENTE DE OGPA Y REFERENTE DE CALIDAD	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	2	El Hospital cuenta con programación de auditorías previamente aprobadas por la alta dirección, las cuales son ejecutadas durante la vigencia y sus resultados es la generación de un plan de mejoramiento por parte de cada uno de los procesos auditados y el posterior seguimiento de cada uno de ellos por parte de OGPA. La programación está en Actas de Comité de Control Interno y el procedimiento, en por ejemplo, la auditoría de Gestión Ambiental (Plan Auditoría, listas de chequeo, recolección de evidencias, puntos de control, actas de reunión, entrevista, fotos, el informe de auditoría, traslado al gerente, gerente a dependencia, seguimiento al plan de mejoramiento por OGPA	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.1 Continúa presentando en la vigencia 2009 consignaciones sin registrar en libros por valor de \$378,7 millones, de las cuales \$7,1 millones son del año 2008. Lo anterior contraviene el Manual de Contabilidad Pública Resolución 354 de 2007, características de la información contable, numerales 104 y 107.	Llevar a cabo la identificación y depuración del total de las consignaciones pendientes por identificar en la cuenta 29100706	Valor total de partidas identificadas en el periodo / Valor total de partidas por identificar	A 31 de Dic 2010 haber identificado y legalizado las partidas del 2008; el 25% de las partidas que se encuentran sin identificar del 2009 al 31 de Marzo de 2011, otro 25% al 31 de julio del 2011 de tal forma que al 06 de oct. del 2011 se debe haber identificado el 100% de las partidas del 2009	AREA FINANCIERA	TESORERIA, CARTERA Y CONTABILIDAD	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011		Se cierra por gestiona adelantada sin embargo permanece por cuantos aun tiene pendiente saldo de vigencias anteriores, se reformulada dado que es un proceso dinámico y siempre se presentaran.	C





CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.2 Evaluados los registros contables, se evidencia que del saldo de la subcuenta deudas de difícil cobro- entidades en liquidación presenta una sobrevaluación de \$91.6 millones, por concepto de entidades que se encontraban en proceso liquidatorio y que a diciembre 31 de 2009 ya habían terminado su liquidación, tal como se evidencia en: ARS Y EPS EN LIQUIDACION...VER INFORME	Se oficiará a la supersalud area de Medidas especiales o al ente correspondiente para solicitar información sobre el estado en que se encuentra el proceso de liquidación de las mismas, partiendo de este soporte y los existentes reportar a contabilidad y jurídica para los registros correspondientes.	Nro. de entidades liquidadas con registro contable/ total entidades con soporte de liquidación definitiva	A 06 de Octubre de 2011 haber determinado en que estado se encuentra cada una de las empresas en procesos de liquidación y haber efectuado los registros correspondientes	AREA FINANCIERA	CARTERA	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011		No se cierra, se le dio cumplimiento parcial, estos valores debe depurarse por cuanto no representan derechos ciertos para la entidad, en cuantía de \$89.296.443. Por lo anteriormente expuesto, se incumple con la Circular externa 001 del 20 de octubre de 2009 del contador general de Bogotá y el numeral 23, capítulo III, Título II del Manual de Procedimientos de Contabilidad Pública aprobado mediante Resolución 356 de 2007 expedida por el Contador General de la Nación	A
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.3. A diciembre de 2009 reporta un valor de \$1.500 millones por glosa pendiente por contestar y corresponde a periodos de 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, aunque disminuyó el 54% de glosa con relación a lo observado en el informe de auditoría gubernamental con enfoque integral de la vigencia 2008, sin embargo, al cruzar con las cuentas de orden 8333 registra un valor de \$3.952 millones, con una diferencia de \$313,1 millones, incumpliendo lo establecido en los Decretos 3260 de 2004 artículo 9 y 11 y el 4747 de 2007 artículo 23, Resolución 357 de 2008, numerales 104 y 107, esta situación además afecta negativamente la liquidez del hospital. VER INFORME	Realizar la contestacion de la glosa de vigencia 2009 y anteriores.	Valor de glosa contestada / Valor glosa pendiente vigencia 2009 y anteriores	70% de la glosa pendiente por contestar	AREA FINANCIERA	CUENTAS MEDICAS	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011		Se evidencia gestión en la matriz de seguimiento de glosas sin embargo se reformula la observación dado que este es un proceso dinámico y siempre se presenta glosa pendiente de contestar.	A
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.4. Se observan debilidades en el proceso de facturación de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta que no se tiene claridad si ésta corresponde a la modalidad de capitación o de no capitado (por evento); situación que ha determinado un nivel de riesgo alto ante el volumen de glosas generadas por los pagadores (EPS y aseguradoras), tal como se evidencia en el acta de julio 21 de 2009 del comité de glosas, donde se refleja una diferencia por ejemplo en el mes de enero del 11% con capitación, del 23% sin capitación y en los meses subsiguientes hasta mayo de la citada vigencia, incidiendo en los indicadores financieros, facturación real, aumento de la cartera, gestión del recaudo y causales de la glosa, además incumplen con el artículo 5 de la Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. VER INFORME	1- Socialización de la matriz de contratación a grupo de facturación y cuentas medicas 2- Preauditar el 80% de la facturación para garantizar la correcta identificación del pagador	1-Nro.de funcionarios capacitados/ total de funcionarios de las áreas 2- Facturacion auditada./ Facturacion Generada.	1- 100% del personal capacitado las áreas 2- 80% de la facturacion preauditará	AREA FINANCIERA	FACTURACION	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011		se evidencia actas de capacitación de fechas sep y julio de 2012 en cuanto la preauditoria se anexa matriz de preauditoria	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.5 La subcuenta anticipos y avances 1420 se encuentra sobreestimada en \$74 millones y sin legalizar algunas partidas de años anteriores correspondientes a los anticipos entregados por el Hospital a contratistas desde el año 2006 y que a diciembre de 2009 permanecen en la contabilidad de la entidad sin legalizar el anticipo, los contratos se encuentran liquidados y son los siguientes: 235-05 de 2005, suscrito con Fundación Nodos Taller para las comunidades y Rodolfo Andrés Rey G, Nit 830092426 registrado con un anticipo de \$61.1 millones, el cual se encuentra liquidado con acta sin fecha y firmada por la anterior Gerente; contrato 206/2005 celebrado con Fundación Nodos contabilizado y ejecutado por \$9,9 millones y registrado su anticipo en enero de 2006, contrato 255/06 celebrado con Pacar Ingeniería y Cia Ltda Nit 830055302, reporta anticipo de \$2,9 millones y se encuentra con acta de liquidación del 11 de febrero de 2008. VER INFORME	Adelantar a través del área jurídica, las gestiones pertinentes para solicitar la devolución de los recursos que permitan legalizar el valor del anticipo que se entregó a los contratistas, y con los soportes de pago o legalización realizar los registros contables a que haya lugar. Toda vez, que contabilidad no puede cancelar una cuenta por cobrar por concepto de anticipo hasta tanto no se reciba el efectivo o se entregue una factura debidamente certificada y autorizada por presupuesto.	valor legalizado/ Total valor anticipos de contratos liquidados y soportados por área jurídica	Legalizar el 100% de los anticipos y contratos liquidados.	AREA FINANCIERA	CONTABILIDAD JURIDICA	HUMANO	07/10/2010	30/06/2011		Se dio cumplimiento parcial queda pendiente de amortizar PACAR INGENIERIA Y CIA LTDA	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CURMP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION	
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.6 Al cruzar las cuentas por pagar con lo reportado en el SIVICOF, se observa una diferencia de \$17,599.5 millones debido a que el formato CB- 118 denominado cuentas por pagar por edades a diciembre 31 de 2009 reporta la totalidad del pasivo es decir \$38,349,5 millones, mientras que las cuentas por pagar son \$ 20,750 millones discriminadas a corto plazo \$18,630,1 millones y a largo plazo \$2,119,9 millones. Lo anterior, incumple con lo normado en las Resoluciones 354 de 2007, características de la información contable, numerales 106 y 107 y la 034 de diciembre 21 de 2009, en su capítulo I, artículo 22 instructivo para diligenciar el formato CB-0118 Informe cuentas por pagar por edades. Dado que el saldo de los registros presentados en esta cuenta se encuentra debidamente soportado y registrado, se infiere que están razonablemente determinados a 31 de diciembre de 2009. VER INFORME	Reportar unicamente el valor de las cuentas por pagar radicadas en tesorería.	Valor reportado sivicof/valor de las cuentas por pagar radicadas en tesorería	Cumplir 100% con la información reportada de las cuentas por pagar SIVICOF	AREA FINANCIER	TESORERIA	HUMANO	07/10/2010	30/12/2010		Se realizo verificación en CIVICOF formato CB118 presentado con corte a 31 de diciembre de 2011 y se encontró la cuenta 2101 corregida	C	
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.7 Al cruzar el saldo registrado en contabilidad en la cuenta 27100501 del proceso laboral 2005-07121 instaurado en contra del hospital por el tercero con C.C. 72301473 reporta una provisión de \$4,1 millones a diciembre de 2009; el cálculo efectuado por la oficina de Talento Humano del Hospital en la vigencia 2010 estima en \$258,7 millones, quiere decir que la provisión registrada está subestimada en \$255 millones, incumpliendo en el procedimiento para la implementación y evaluación del control interno contable, numeral 3, inciso a) Depuración contable permanente y sostenibilidad.	Actualizar la provisión según la estimación reportada por el área de Talento Humano y proyectado por el SIPROJ WEB, ya que en el 2010 se tuvo conocimiento del valor real de la indemnización y con esto se ajustará la provisión acorde al valor real a pagar por parte del Hospital .	valor registro contable/ calculo de la provisión según Talento humano y Jurídica	Registro contable corresponde al 100% de lo calculado por Talento Humano y Jurídica	AREA FINANCIER	CONTABILIDAD	TALENTO HUMANO JURIDICA	HUMANO	07/10/2010	30/12/2010		Se revisó soporte de ajuste, comprobante 0047 de 30 de junio de 2010	C
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.8 Efectuada prueba selectiva a la farmacia principal del hospital, se observó deficiencias en el manejo de estos, que derivan en faltantes y sobrantes de medicamentos frente a lo reportado en el módulo del sistema y el conteo físico, por ejemplo en el elemento ?adaptador plástico? se contaron 8 y el sistema reporta 10, con una diferencia de 2, a un valor unitario de \$1.326.5, para un faltante de \$2.653. Esta cifra aunque no es representativa frente al total de la subcuenta, llama la atención en cuanto al manejo del ingreso de medicamentos, entrega a piso, traslado, devolución y demás, incumpliendo el Manual de control de bienes del Distrito, Resolución 01 de 2000.	1-Realizar inventarios diarios a medicamentos de alto costo y controlados 2- Realizar inventarios aleatorios semanales al resto de inventario	1- n° inventarios realizados/h* inventarios días mes	100% de cumplimiento en el levantamiento de inventarios	FARMACIA	REFERENTE DE FARMACIA	HUMANO S	07/10/2010	31/12/2010		Se evidenció en el formato de entrega de turno de controlados donde se compara la cantidad en el sistema vs existencia física lo mismo sucede con los correspondientes de alto costo	C	
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.10 Se evidenció medicamentos próximos a vencerse, para lo cual se pudo constatar que la administración dispone de un procedimiento específico para la devolución, o el manejo de este tipo de medicamentos, sin embargo no lo aplica. Por otra parte, la disposición en el stand no corresponde a la señalización definida dentro del mismo, así por ejemplo el medicamento lorazepam se encontró ubicado en el rótulo de fenobarbital. Esta situación, podría generar un riesgo en la entrega de medicamentos a los usuarios, así como en el desempeño de la gestión del hospital, transgrediendo la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal a) y Resolución 1403 de 2007 y Manual de normas técnicas de calidad guía técnica de análisis 2002 del INVIMA.	Realizar cambios de medicamentos y dispositivos medicos con otras instituciones o empresas de acuerdo al procedimiento establecido por el Hospital.	n° de actividades realizadas infructuosamente/total de actividades realizadas para el cambio de mercancías	No más del 1% de vendidos no cambiados por proveedores	FARMACIA	REFERENTE DE FARMACIA	FISICOS	07/10/2010	31/12/2010		Se verificó la existencia de carpetas que contienen los cambios de medicamentos con otros hospitales	C	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,4	3.4.10 En sostenibilidad financiera, se observó que no obstante el hospital viene depurado la cartera, requiere aunar esfuerzos con el fin de determinar el valor real de la misma. En verificación a las actas del comité de sostenibilidad, siendo la instancia asesora del área contable que procura por la generación de información contable confiable, relevante y comprensible, no se hace un adecuado seguimiento a los compromisos adquiridos en el acta anterior. En las actas de comité de glosas sucede lo mismo. Estos hechos incumplen la Circular externa 01 de 2009, suscrita por el Contador del Distrito.	Realizar seguimiento y evidenciar el cumplimiento de las acciones propuestas en el comité de sostenibilidad y glosas.	# Acciones cumplidas/ # Acciones propuestas.	Dar cumplimiento a las acciones propuestas en los comités	SUBG. ADMINISTRATIVA FINANCIERA	CONTABILIDAD, CUENTAS MEDICAS, JURIDICA, TESORERIA, CARTERA, FACTURACION, RECURSOS FISICOS, ACTIVOS FIJOS, SERAPO TALENTO HUMANO	HUMANO	07/10/2010	31/03/2011		se evidencia actas de comité de sostenibilidad contable y resoluciones de depuración contable de letras que no representaban derechos ciertos para la entidad y sustentadas en las Resoluciones 222 a la 228 del 5 de mayo de 2011.	C
Inofrme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.1 Desequilibrio e ineficiente gestión financiera del contrato interadministrativo No. 479/2007 de compraventa de servicios de salud celebrado entre el FFDS y el Hospital Engativá II NA. Teniendo en cuenta que al rubro presupuestal ?FFDS-ATENCION A VINCULADOS- el cual desarrolla básicamente la ejecución financiera del contrato 479/07, para la vigencia fiscal de 2009 se le aforó una meta de recaudo de \$19.035,5 millones, se observa inicialmente que al cierre del periodo este registro una meta de \$18.649,5 millones, es decir que se le contracreditaron recursos por valor de \$385,8 millones. De dichos recursos establecidos como ingresos por este concepto la ESE registro un monto de recaudos acumulados en el rubro presupuestal por valor de \$17.475,5 millones, lo cual indicaría que su nivel de ejecución del recaudo fue del 94%, restándole un saldo por recaudar desde el punto de vista de las metas presupuestales de \$1.174,1 millones. Sin embargo, al revisar la facturación bruta generada por pagador y atención de servicios de salud a la población vinculada la ESE reporta una facturación por valor de \$29.363,3 millones, lo cual indicaría que la gestión de recaudo tan solo sería del 59.5%., por lo que se estaría presentado un total desequilibrio en la gestión del contrato interadministrativo celebrado con el FFDS, incumpliendo el Decreto 195 de 2007, artículo 5, numeral 2 y la Ley 87 de 1993 artículo 2.	Realizar seguimiento al recaudo de la facturación del contrato No. 479/2007 posterior a la reserva de glosa.	Recaudo efectivo/ Facturación Neta	Recaudar el 87% de la facturación una vez descontada la reserva de glosa.	AREA FINANCIERA	REFERENTE DEL FONDO FINANCIERO Y REFERENTE DE FACTURACION	HUMANO	07/10/2010	30/04/2011	1.71	Durante el año 2007 se celebró el convenio y no se realizaron desembolsos, se realizaron a partir del año 2008- Verificado en SIVICOF el 1 de noviembre de 2.012. Una vez verificada la información reportada por el Hospital (Raúl Amazo Referente de Cartera) en SIVICOF se evidencia el cumplimiento de la meta.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.2 Incertidumbre de la ejecución financiera del convenio 1001000-2008 con el Fondo de Desarrollo Local para infraestructura. De acuerdo al proceso de la programación financiera del rubro presupuestal -Convenios Fondo de Desarrollo Local- se liquidó un presupuesto inicial por valor de \$1.400,0 millones, el cual en el transcurso de la vigencia se contracreditó en \$616,0 millones, observándose en consecuencia que al cierre de la vigencia fiscal se registró un presupuesto definitivo por \$784,0 millones. Para efectos de evaluar el nivel de ejecución del rubro presupuestal el hospital percibió un recaudo de \$55,2 millones, lo que indica que el nivel de ejecución fue del 7.0%. Situación que genera un grado de incertidumbre sobre la real ejecución financiera del Convenio y sobre las expectativas creadas para el cumplimiento de los propósitos del mismo, de igual manera no se evidencia cual es la gestión administrativa celebrada por el hospital para la consecución de dichos recursos, por lo que se incumple lo normado en el decreto 195/07, artículo 2, numeral 2.	Realizar seguimiento a la ejecución financiera de los convenios del FDL.	No. De convenios con seguimiento financiero/ No. Total de Convenios.	Realizar seguimiento financiero al 100% de los convenios.	PLANEACION	PLANEACION	HUMANOS	07/10/2010	31/03/2011	2	En vista de seguimiento a la Oficina de Planeación se verificó el cumplimiento de la acción correctiva y se anexa soporte en cuatro folios.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.3 Deficiente gestión en cuentas por pagar de vigencias anteriores con saldos de registros presupuestales con proveedores. Teniendo en cuenta la revisión dentro del proceso de la auditoria de gestión celebrada sobre las cuentas por pagar de vigencia anterior que quedaron con saldos de registro presupuestal; se observa que hubo cuentas que no tuvieron movimiento alguno durante la vigencia fiscal de 2009, como se evidenció en las cuentas 199/08 con el proveedor ATENCION TECNICA BIOMEDICA, por \$7.0 millones, de saldo; cuenta 931/07, cuyo proveedor es ID CONTROL E.U la cual se registra como una adición y presenta un saldo de \$3.8 millones; con LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA, según cuenta por pagar 265/08 con saldo pendiente de \$48.3 millones; de igual forma, se observa con el proveedor PHARMA EXPRESS S.A., el cual tiene una cuenta por pagar (206/08), con un saldo de \$276.2 millones, sin presentarse ningún pago durante la vigencia 2009. De igual forma, con el mismo proveedor se registra la cuenta por pagar No.019/09, por un valor comprometido de \$200.0 millones, cuyo registro presupuestal se expidió el 4 de febrero de 2009 y al cierre de la vigencia no se realizó pago alguno por este concepto. VER INFORME	Realizar el pago de las cuentas por pagar de vigencias 2008 y anteriores.	Valor girado a proveedores cuentas 2008/ Valor total cuentas por pagar 2008 y anteriores.	100% del pago de la cuentas por pagar de vigencia 2008 y anteriores	AREA FINANCIERA	GERENCIA, TESORERIA, SUBG. ADMINISTRATIVA	HUMANO	07/10/2010	31/03/2011	2	Una vez revisados los soportes suministrados por el responsable del Área de Presupuesto, se cierra el hallazgo	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.4 Teniendo en cuenta que el Programa anual mensualizado de caja es el instrumento que permite establecer el cumplimiento de las etapas de programación y ejecución del presupuesto dentro de una vigencia, de acuerdo a lo normado en el Estatuto Orgánico de Presupuesto, es pertinente indicar que la entidad presenta un PAC, al cual no se le registra cuales son las proyecciones de ingresos frente a las metas de ingresos determinadas en el presupuesto oficial. VER INFORME	Realizar Proyección mensual de ingresos y registrarlos en el PAC. Hacer seguimiento y actualización mensual	Valor de pagos efectuados / valor de pagos proyectados	80% de cumplimiento a la programación del PAC	AREA FINANCIERA	CARTERA TESORERIA	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	2	El Hospital Engativá para las vigencias 2010 y 2011, continúa con déficit presupuestal. Se anexa en un folio el cumplimiento de la acción correctiva.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.5. La Contraloría de Bogotá D.C., mediante la Circular de diciembre de 2009, comunicó a las entidades sobre las actividades a realizar para el cierre presupuestal 2009. En cumplimiento al objetivo del programa de auditoria correspondiente al operativo de cierre presupuestal del Hospital Engativá, se verificaron las operaciones de cierre registradas en los formatos CB 1007 y el formato CB1008, determinándose que se registró un recaudo neto de \$48.329.2 millones y por compromisos presupuestales, descontando las cuentas por pagar de vigencias anteriores se presentó un valor de \$55.944.0 millones.	Elaborar informe presupuestal (en forma trimestral) de fuentes Vs usos, mediante el cual se efectúe el seguimiento a la ejecución de la vigencia .	No. De informes realizados / No. De informes programados	Realizar seguimientos en forma trimestral	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	PRESUPUESTO FINANCIERA	HUMANO	07/10/2010	30/03/2011	2	La entidad aportó en medio magnético los seguimientos mensuales y trimestrales al PMR dando cumplimiento a la meta, por lo que se cierra la observación	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,5	3.5.6 Se observa incumplimiento en el reporte del presupuesto orientado por resultados, dado que no se evidencia en los informes de la entidad una gestión integral correspondiente al cumplimiento de las metas o productos definidos, que estén debidamente correlacionados con la gestión financiera de los recursos programados en cada uno de los productos del PMR, incumpliendo de esta manera con las directrices y circulares impartidas por las Secretarías Distrital de Hacienda y Salud.	Elaborar informes mensuales de PMR, de acuerdo al metodología e instrucción dada por la Secretaría de Hacienda.	No. De Informes mensuales reportados/ No. De informes a reportar.	A Diciembre de 2010, presentar el 100% de los informes de acuerdo a la metodología.	PLANEACION	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	2	La entidad aportó en medio físico el seguimiento trimestral de la vigencia 2010 y los mensuales de las vigencias 2011 y 2012	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.1 De conformidad con la evaluación a los contratos 086, suscrito el 17 de febrero de 2009, y de transacción 1258 suscrito el 03 de diciembre de 2009 entre el CONSORCIO formado por las firmas promoviendo y Coopservir formadas por la Cooperativa General de Servicios y la Cooperativa de Servicios Empresariales Promoviendo CTA (Cooperativa de Trabajo asociado), cuyo objeto fue la prestación del servicio de aseo en todas las instalaciones del hospital, se observa que estas actividades objeto del contrato están prohibidas ejecutarlas a Cooperativas de trabajo asociado, de conformidad con los Decretos del Ministerio de Protección Social Nos. 4369 artículo 10 y 4588 artículo 17 de 2006 y ley 50 de 1990 artículo 71, sin embargo, el hospital las contrató y ejecutó, por lo tanto incumple con estos decretos y presunta incidencia disciplinaria de conformidad con la Ley 734 artículo 34 numeral 1 de 2002.	1-Dar continuidad al cumplimiento a la Normatividad en esta materia.	Normatividad aplicada en esta materia.	Cumplimiento 100% de la normatividad en esta materia.	JURIDICA	REFERENTE DE JURIDICA Y OFICINA DE CONTRATACION	Humano	07/10/2010	30/03/2011	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.2 Revisada la parte precontractual del contrato 086 de 2009, se observa que se suscribió con el CONSORCIO formado por las firmas Promoviendo y Coopservir formadas por la Cooperativa General de Servicios y la Cooperativa de Servicios Empresariales Promoviendo CTA (Cooperativa de Trabajo Asociado), cuyo objeto fue la prestación del servicio de aseo en todas las instalaciones del hospital, al revisar la presentación de la oferta se evidencia que solo la efectúa la Cooperativa de Servicios Generales COOGESERVIR como persona jurídica y no la presenta el consorcio citado anteriormente, conllevando a que se incumpla lo establecido en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.	1- Solicitar a todas las empresas que conformen consorcios para contratar con el Hospital, la oferta del servicio a prestar.	No. De empresas que conformen consorcios / No. De ofertas presentadas.	Dar cumplimiento 100% en la solicitud de ofertas de servicio presentadas al Hospital	CONTRATACION	OFICINA DE CONTRATACION	HUMANO	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.3 Revisados los contratos 3647 y 3648 de 2009 se evidencia en la parte precontractual que la evaluación financiera aportada en los contratos, para efectuar la adjudicación del mismo dictaminó la siguiente "la empresa ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA., ¿AFENPE? ... no cumple con los términos exigidos en los términos de referencia ya que los estados financieros no están firmados por contador público, lo cual hace que no se encuentren debidamente suscritos, su capital de trabajo y su patrimonio no soportan los valores contratados por el hospital en la parte asistencial y administrativa, igualmente, no se entregó antecedentes disciplinarios del revisor fiscal.?" y por lo tanto concluye que no se debe contratar a esta firma, sin embargo, el hospital no tubo en cuenta este concepto y contrató con la firma citada, por lo tanto se observa la contravención a los principios de transparencia y objetividad plasmados en la Ley 80 de 1993 y en el Código Contencioso Administrativo y presunta incidencia disciplinaria de conformidad con la Ley 734 artículo 34 numeral 1 de 2002.	Tener en cuenta los conceptos emitidos al interior de la Organización, de acuerdo a las diferentes necesidades de la etapa pre-contractual en los procesos de convocatoria.	No. de contratos adjudicados de acuerdo a los conceptos y criterios institucionales/ no. De convocatorias realizadas	El 100% de los contratos adjudicados por convocatoria cumplen con la totalidad de los requisitos.	JURIDICA	CONTRATACION	Humano	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CURMP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Inofirme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.4 En los contratos 3647, 3648 y 4809 de 2009, suscritos la firma ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA.? AFENPE de conformidad con la cláusula CUARTA en las que se establece que el contratista ??se compromete de conformidad con la propuesta a dar como valor agregado la suma mensual de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORREINTE (\$5.500.000), para contribuir a los costos del área de facturación y así contribuir al mejoramiento en este servicio o en lo que el hospital considere?: analizada la documentación se observa que no se dio cumplimiento en los tres contratos de esta obligación, por lo tanto, se considera que el hospital dejó de percibir en el contrato 3647 la suma de \$5.5 millones por tres meses y \$3.48 millones por un periodo de 19 días, como plazos estipulados en el contrato, para un total de \$19.9 millones; en el contrato 3648 dejó de percibir la suma de \$5.5 millones por un mes y \$1.1 millones por un periodo de seis días, como plazos estipulados en el contrato, para un total de \$6.6 millones y en el contrato 4809 dejó de percibir la suma de \$11 millones por dos meses y \$2.4 millones por un periodo de trece como plazos estipulados en el contrato, para un total de \$13.4 millones, debido a que no se evidencia entrega de un valor agregado en el monto pactado, por tal razón, se efectuará seguimiento a la liquidación de estos contratos para que se cumpla lo estipulado artículo 1626 y ss del Código Civil.	Solicitar al supervisor del contrato la entrega oportuna de los informes requeridos para realizar el respectivo seguimiento y proceder a la liquidación del contrato.	No. De contratos terminados/ No. de contratos liquidados.	Liquidar el 100% de los contratos de acuerdo a la Normatividad	JURIDICA	SUPERVISOR DE CONTRATO Y JURIDICA	Manual de Supervisión de Contratos	07/10/2010	08/10/2011	1	A la fecha no se ha dado cumplimiento a la acción propuesta, estos hechos en la actualidad se siguen presentando.	A
Inofirme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.5 Revisadas las pólizas de los contratos 024, 119, 3648 y 4809 suscritos en la vigencia 2009 se observa que fueron constituidas de forma extemporánea, al igual que sus modificaciones (por prorrogas dentro de los contratos), generando riesgo para la entidad por cuanto en este lapso no habría lugar a reclamaciones y el hospital tendría que asumir cualquier eventualidad correspondiente al objeto del contrato, en incumplimiento al contrato y al Manual de contratación Acuerdo 003 de 2006, artículo 4, numeral 6.	Dar cumplimiento a los parámetros establecidos en el Manual de Contratación - Acuerdo 003 de 2006	No. De contratos con pólizas constituidas oportunamente/No. de contratos suscritos	El 100% de los Contratos son suscritos con la póliza de cumplimiento contractual expedida dentro de los términos de ley	JURIDICA	SUPERVISOR DE CONTRATO Y JURIDICA	Humano	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Inofirme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.6 Se evidencia en los contratos 3648 y 4809 el pago extemporáneo del impuesto de timbre como tributo, que debió efectuar el contratista inmediatamente se suscribió el contrato y antes del inicio de la ejecución del mismo, como lo señala el artículo 519 del Estatuto Tributario en concordancia con el artículo 27 del Decreto 2076 de 1992, y así lo ha determinado la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, en oficio No. 025203 de 27 de marzo de 2006, en que manifestó: "... cumplidos los presupuestos generadores del impuesto de timbre previstos en el artículo 519 ibidem, debe el agente de retención proceder a efectuar la retención, toda vez que está obligado a responder en forma directa del impuesto, en los términos y condiciones previstas en la ley, independientemente del cumplimiento o no de la obligación por parte del contratista de entregar a la entidad pública el valor del impuesto, lo que no afecta en modo alguno la responsabilidad del agente de retención frente al fisco, siendo por lo tanto ajena a la Administración Tributaria la forma o los mecanismos que determinen las partes para hacer efectivo el cumplimiento de sus compromisos..."; esta irregularidad evita la legalización oportuna del contrato y coloca en grave riesgo al hospital como agente retenedor del impuesto, transgrediendo de esta forma el Estatuto Tributario en las normas atrás anotadas	Dar cumplimiento a los parámetros establecidos en el Manual de Contratación - Acuerdo 003 de 2006	No. De contratos con valor de imppto de timbre / total de contratos suscritos con impuesto de timbre	Dar cumplimiento a la totalidad de los contratos que requieren impuesto de timbre.	JURIDICA	CONTABILIDAD SUPERVISOR DE CONTRATO Y JURIDICA	Humano	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUMPL	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.7 Revisada la etapa precontractual y contractual del contrato 4809 suscrito el 19 de agosto de 2009 se observa deficiencia en las mismas, así: a) El estudio de conveniencia y oportunidad tiene fecha del 21 de agosto de 2009, es decir 2 días después de firmado el contrato b) no se efectúa invitación a cotizar siendo que el monto a contratar fue de \$883 millones y el manual de contratación vigente a la fecha indica dentro de las reglas de contratación fijadas en el artículo 4. ?Para suscripción de contratos en cuantía superior a QUINIENTOS (500) SMLMV- y menos de dos mil (2000) SMLMV- el Hospital deberá fijar aviso en cartelera invitando a cotizar y para contratar deberá contar por lo menos con dos ofertas, las cuales podrán ser verbales o escritas?, obligación que no se cumplió por parte del hospital, Acuerdo 3 de 2006, Manual de supervisión y con los principios de objetividad y transparencia fijados en la Ley 80 de 1993 y el Código contencioso Administrativo, observaciones con presunta falta disciplinaria de acuerdo con la Ley 734 de 2002 artículo 34 No. 1. VER INFORME	Dar cumplimiento a los parámetros establecidos en el Manual de Contratación - Acuerdo 003 de 2006 y al Manual de Interventoría y Supervisión de Contratos	No. De contratos suscritos con los soportes correspondiente/No. De contratos requeridos	Dar cumplimiento lo establecido en el manual de contratación de acuerdo a las cuantías para suscribir contratos.	JURIDICA	SUPERVISORES DE CONTRATO Y JURIDICA	Humano	07/10/2010	30/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.8 El contrato 206 suscrito el 28 de diciembre de 2005 con la Fundación Nodos Taller para las Comunidades, cuyo objeto es: ?legalización de la Unidad Médica Las Ferias en cuanto delimitación, licencia de intervención y ocupación de espacio público y licencia de construcción estudio de suelos y cálculo estructural de la ampliación del edificio debidamente firmado por el profesional responsable ??, con una duración de cuatro meses y quince días, y un ?plazo de ejecución de cuatro meses contados a partir del perfeccionamiento del mismo.? (sic) VER INFORME	Solicitar al supervisor del contrato la entrega oportuna de los informes requeridos para realizar el respectivo seguimiento, para así proceder a la liquidación del contrato.	No. De contratos suscritos/No. De contratos supervisados debidamente	Supervisión continúa y oportuna de los contratos suscritos	JURIDICA	SUPERVISORES DE CONTRATO Y JURIDICA	Manual de Supervisión de Contratos	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.9 El contrato 235 suscrito el 28 de diciembre de 2005 con la Fundación Nodos, cuyo objeto es: ?licencia de construcción en la modalidad de reconocimiento, conforme los decretos 1600 de 2005, 194 de 2004 y 555 de 2001 para los centro de Garcés Navas, Bachué, Estrada, Bella Vista, Española, Minuto de Dios y Alamos? (sic), objeto aclarado en el otro sí del 9 de marzo de 2006 incluyendo ??el trámite de la licencia de construcción en la modalidad de modificación, para la UCI Neonatos de la Sede calle 80?? con un valor de \$10 millones de pesos. VER INFORME	1- Requerir al Supervisor del contrato (servicios de apoyo) los documentos del contrato para su legalización (liquidación).	NO. De requerimientos al supervisor/ total de repuestas recibidas	verificación de los informes allegados	JURIDICA	REFERENTE DE SERVICIO DE APOYO Y JURIDICA	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.10 Revisado el contrato 562 de 2008 se evidencia que no se publicó impidiendo la legalización del contrato, lo cual debió surtirle inmediatamente suscrito el contrato, situación irregular que contraría la Ley 190 de 1995 y en abierta contradicción al principio de transparencia- publicidad de los contratos estatales conforme artículo 209 de la Constitución Política.	Solicitar al contratista el soporte correspondiente a la publicación del contrato	NO. De contratos con recibo de publicacion / total de contratos	100% de cumplimiento en la entrega del recibo de publicación.	JURIDICA	SUPERVISORES DE CONTRATO Y JURIDICA	Humano	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUMPL	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.11 Evaluado el contrato 047 de 2009 suscrito con Jorge Ricardo Camargo Camperos, se evidenció que el hospital permitió el procedimiento irregular de la cesión a la firma Nutrir de Colombia Ltda., porque dicha actuación no contó con la autorización previa y escrita del hospital, como lo señala la cláusula décima tercera del contrato, por tanto transgrede esta cláusula.	1- Dar cumplimiento a lo establecido en el manual de contratación.	NO. De contratos dados en sesión / total de contratos	100% cumplimiento en lo establecido en el manual de contratación.	JURIDICA	OFICINA DE CONTRATACION, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, SUBGERENCIA DE SERVICIOS Y SUPERVISORES DESIGNADOS	Humano	07/10/2010	01/12/2010	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.12 Analizado el contrato 940 suscrito el 21 de abril de 2009 con la firma ASESORIAS Y SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD LTDA. ¿ASERPRO LTDA? con el objeto de efectuar la recuperación de cartera del hospital, se observó que el objeto no se cumplió dentro del término de ejecución fijado en el contrato y no se sintió ningún requerimiento al contratista ni se impuso multa, tampoco se le desembolsó valor alguno por el hospital, sin embargo se observa deficiencias de control por parte del supervisor al no ejercer los mecanismos establecidos en las normas para esta situación y compeler al contratista a cumplir con sus obligaciones, en incumplimiento al manual de supervisión de la entidad auditada, Resolución 115 del 13 de abril de 2007.	Solicitar al supervisor del contrato la entrega oportuna de los informes requeridos para realizar el respectivo seguimiento.	No. De contratos suscritos/No. De contratos supervisados	dar cumplimiento a la supervisión continua y oportuna de los contratos suscritos	JURIDICA	SUPERVISORES DE CONTRATO Y JURIDICA	HUMANO	07/10/2010	30/03/2011	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,6	3.6.13 Se entregó por parte del Hospital Engativá a través del oficio con radicado 5702 del 16 de junio de 2010 información en un programa de Excel, respecto a que se han suscrito 1264 contratos de transacción durante la vigencia 2009 por valor de \$4.780 millones. La justificación de la aplicación de la figura de la transacción reposa en las actas del comité de conciliación No. 009 del 23 de diciembre de 2009, No.007 del 13 de noviembre de 2009; 005 del 1 de octubre de 2009; 003 del 29 de mayo de 2009 y en ellas se indica que: VER INFORME	1-Modificar la Resolución 025 de 2001 "por la cual se regula el comité de conciliación que trata el Decreto 1214 de 2000 y el art. 75 de la Ley 446 de 1998" toda vez que se reciba el concepto de Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y la Dirección Jurídica Distrital, al igual que a la Contraloría Distrital teniendo en cuenta dichos conceptos, se establecerán los parámetros a seguir..	Solicitud radicada	Realizar la solicitud a los entes competentes frente al tema de contratos de transacción	JURIDICA	OFICINA DE CONTRATACION, SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO, SUBGERENTE DE SERVICIOS Y SUPERVISORES	HUMANO	07/10/2010	06/10/2011	1.71	Se cumplió con la acción propuesta.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTÁ	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,7	3.7.1.1 De acuerdo con el análisis a los indicadores de gestión que el Hospital presenta mediante el tablero de control, la entidad incumplió para la vigencia 2009, el objetivo estratégico ?Lograr la autosostenibilidad de la institución? en los indicadores del margen neto de utilidad, margen operacional y porcentaje de relación gasto costo/ingreso, obteniendo un resultado inferior a lo programado, situación que incide en la gestión del hospital y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional lo cual contraviene los principios de proceso de planeación y consistencia establecidos en el artículo 3º de la Ley 152 de 1994 y en el literal b) y h) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993	Revisar las metas institucionales y redefinir los indicadores de la perspectiva financiera.	No. De indicadores actualizados / total de indicadores programados	Actualizar los indicadores de la perspectiva financiera .	PLANEACION CALIDAD	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION PROFESION AL ESPECIALIZADO DE CALIDAD	HUMANOS	07/10/2010	31/12/2010	1,71	De la evaluación de la observación y de las acciones de mejora implementadas por el hospital se observa y analiza que las causas que generan la situación financiera del hospital presenta una concurrencia de actores y factores en los malos resultados que en algunos casos son endógenos y en otros exógenos, influidos por la reglamentación actual del Sistema General de Salud como modalidades contractuales, giro de los recursos, reconocimiento de servicios prestados por parte de las EPS, entre otros, es decir, que sería desaconejado establecer que la sola gestión administrativa que adelanta el hospital solución la observación formulada, por lo tanto, es necesario cerrarla porque ninguna acción propuesta por el hospital podrá dar solución a las dificultades que se siguen observando.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,7	3.7.1.2 De acuerdo con los indicadores de gestión en el tablero de control, el hospital incumplió para la vigencia 2009, los objetivos de calidad ?Implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad; Cumplimiento de los requisitos de Habilitación; Optimizar el modelo de operación del Hospital entre la prestación de los servicios de I y II Nivel de atención? que tienen como indicador ?% Integralidad terapéutica? obteniendo 30,03%, resultado inferior al mínimo esperado de 59%, es decir, un resultado muy inferior a lo programado, situación que incide en la gestión del hospital y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional lo cual contraviene lo normado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993. VER INFORME	Definir de acuerdo al comportamiento de la vigencia anterior el estándar del indicador y modificar los rangos de gestión en la hoja de vida .	No. De indicadores modificados / total indicadores	A diciembre de 2010 se hará la modificación de los rangos de gestión del indicador de acuerdo al comportamiento observado en la institución.	PLANEACION CALIDAD	PROFESION AL ESPECIALIZADO DE CALIDAD	HUMANOS	07/10/2010	31/12/2010	1,71	Se redefinió el tablero de indicadores. El 100% de los servicios han sido certificados en habilitación. Debitadas en el proceso de acreditación.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,7	3.7.1.3 De acuerdo con el informe de gestión, el hospital, durante la vigencia 2009, presentó variación negativa en la consulta de Pediatría que pasó de 3.743 consultas en 2008 a 584 consultas en 2009 que equivale a -84%; así mismo, la consulta de Medicina Interna pasó de 5.591 consultas en 2008 a 1.147 en 2009 que corresponde a 79%, la consulta de ortopedia que de 8.974 consultas en 2008 reportó 4.258 consultas en 2009 que corresponde a -53% y la consulta de Fisiatría que pasó de 369 en 2008 a 249 en 2009, equivalente al -33%. La disminución en la ejecución de estas especialidades demuestra que la gestión realizada por la ESE en estas actividades no fue lo más eficiente de acuerdo con lo programado para la vigencia 2009 e incide en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad de Engativá e incumple lo establecido en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993. VER CUADROS INFORMES	Garantizar el principio de accesibilidad a los servicios de Medicina Interna , Pediatría, y Fisiatría mejorando el nivel de eficiencia el desempeño de los profesionales.	Rendimiento médico. (Numero de consultas realizadas/No. De Horas programadas en consulta por profesional)	A Diciembre 31 de 2010 el rendimiento médico será de 3 (establecido por la SDS)	SUBGERENCIA DE SERVICIOS	REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA	HUMANOS	07/10/2010	31/12/2010	1,71	Se evidencia incremento en la producción de Consulta Externa de las especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Ortopedia en las vigencias 2010 y 2011. Sin embargo la consulta de Fisiatría que había mejorado en la vigencia 2010 volvió a descender para la vigencia 2011.	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,7	3.7.1.4 Durante la vigencia 2009 se presentó variación negativa en la producción de los servicios de optometría, que pasó de 9.682 consultas en 2008 a 6.717 equivalentes al -30%, en citologías pasó de 11.388 en 2008 a 8.989 que corresponde a -21% y colposcopias en un 14%, lo cual incide en la gestión del hospital y en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad. La disminución en la ejecución de las actividades de promoción y prevención, indica que la gestión realizada por la ESE en estas actividades no fue lo más eficiente de acuerdo con lo programado para la vigencia 2009, incide en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad de Engativá e incumple lo establecido en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.VER CUADROS INFORMES	Mejorar el acceso a los servicios de citologías, colposcopias y optometría, garantizando la oportunidad en la prestación a un día.	No. De días transcurridos entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma.	A Diciembre 31 de 2010 la oportunidad para estos servicios será al día.	SUBGERENCIA DE SERVICIOS	REFERENTE DE PROMOCION Y PREVENICION	HUMANOS	07/10/2010	31/12/2010	1,71	Se dio cumplimiento a la acción propuesta	C





CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,7	3.7.1.5 En la vigencia 2009, el hospital presentó modificación de algunos indicadores con relación al año 2008. La oportunidad de citas en la consulta de medicina general aumentó de 3 días en 2008 a 4.3 días en 2009, la oportunidad de la asignación en citas en la consulta de Ginecología pasó de 1.8 días en 2008 a 4.8 días en 2009, así mismo, el indicador de tasa de satisfacción global pasó del 83.8% en 2008 al 71% en 2009, lo cual incide en los principios de eficacia y efectividad y afecta la gestión del hospital en contravía de lo normado en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993. VER CUADROS INFORMES	Dar cumplimiento a los estándares de oportunidad establecidos en la Circular 056 de 2008, de la Superintendencia Nacional de Salud.	No. De días transcurridos entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma.	Estándares establecidos en la Circular.	SUBGERENCIA DE SERVICIOS	REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA	HUMANOS	07/10/2010	31/12/2010	1,71	Se dio cumplimiento a la acción propuesta	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,8	3.8.1 Revisadas las copias de los manifiestos de transporte de residuos peligrosos, se verificó que algunos no tienen diligenciadas o están parcialmente diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega, estos documentos deben tener un responsable para que en el caso de inconsistencias se facilite su identificación, lo anterior debido a que el sujeto de control no cuenta con un procedimiento para la revisión y control de la información relacionada con el diligenciamiento de dichos formatos incumplimiento lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Verificar el diligenciamiento completo, tanto de los manifiestos entregados por la empresa Ecocapital a la hora de la recolección, como de los formatos RH1, los cuales son documentos de control interno del Hospital.	Total de manifiestos entregados por la empresa gestora externa, diligenciados correctamente	Diligenciar en su totalidad el 100% de los manifiestos y los formatos RH1.	SERAPO	ING. AMBIENTAL	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	1,71	Cumplió Acción y se retiró del Plan de Mejoramiento	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,8	3.8.2 La entidad ha realizado gestión en cuanto a la solicitud de registro de avisos de publicidad externos, sin embargo a la fecha no cuenta con los permisos respectivos relacionados con este tema, para todas las sedes del Hospital incumpliendo con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 959 del 2000 en cuanto a las características de ubicación del aviso de publicidad exterior visual y obtención el registro del mismo.	Realizar la solicitud de permiso de avisos de publicidad externos, con el fin de dar cumplimiento al decreto 959 de 2000, ante la Secretaría Distrital de Ambiente.	No. De solicitudes radicadas/ No. Sedes que requieren aviso.	Radicar el 100% de las solicitudes de permisos de las sedes.	SERAPO	SERAPO	HUMANO	07/10/2010	31/12/2010	0,8	La acción no se cumplió y el tiempo para su implementación esta vencido, se debe mantener en el plan de mejoramiento y su fecha máxima de ejecución será de 60 días	A
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,7	3.8.3 La entidad ha realizado gestión en cuanto a la solicitud de los registros de vertimientos, sin embargo a la fecha no cuenta con los permisos respectivos relacionados con este tema, incumpliendo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3957 del 2009, en donde estipula que se debe tramitar y obtener el permiso ante la Secretaría Distrital de Ambiente.	Dar continuidad a la gestión del permiso de vertimientos de la entidad para dar cumplimiento a la resolución 3957 de 2009, ante la Secretaría Distrital de Ambiente	certificado de permiso de vertimientos	30/06/2011 se contara con el certificado de vertimientos	SERAPO	SERAPO	HUMANO	07/10/2010	30/06/2011	0,8	La acción no se cumplió y el tiempo para su implementación esta vencido, se debe mantener en el plan de mejoramiento y su fecha máxima de ejecución será de 60 días La acción no se cumplió y el tiempo para su implementación esta vencido, se debe mantener en el plan de mejoramiento y su fecha máxima de ejecución será de 60 días	A
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral- Modalidad Regular- Vigencia Auditada 2009	3,9	3.9.1 Una vez verificada la información presentada por el Hospital se pudo evidenciar que el total de PQRs archivadas en AZ ascienden a 1424, cifra que no es acorde con lo reportado en SIVICOF y en el Sistema SQS, situación que genera desconfianza en la información reportada, pues no garantiza que todos los requerimientos, solicitudes, quejas y/o reclamos presentadas por los usuarios sean tramitadas en su totalidad incumpliendo lo preceptuado en los literales d) e) y f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993 y en el manual de procesos y procedimientos de la Entidad.	1- Articular la información de la oficina de atención al usuario en una sola base de datos 2- Dar cumplimiento al procedimiento establecido por el Hospital para la administración de quejas y reclamos	1- Base de datos actualizada 2- No. de solicitudes con respuesta / total de requerimientos recibidos	1- contar con una interfase 2- 100% de cumplimiento en las solicitudes recibidas	ATENCIÓN AL USUARIO	Referente de Atención al Usuario	HUMANO	07/10/2010	06/12/2010	2	No se podía registrar en la base las felicitaciones y la agresión usuario- funcionario. A la fecha se cumple con la normatividad vigente, las peticiones se ingresan al aplicativo del Sistema Distrital de Quejas y Sugerencias de la Secretaría Distrital de Salud- SQS, que opera desde el año 2009 a la fecha se ingresan las felicitaciones pero la agresión usuario- funcionario cuando el usuario cuenta con una EPS subsidiada o contributiva se remite oficio de la misma con copia de la queja a la EPS subsidiada o contributiva para que se les recuerden los deberes al usuario. Cuando es funcionario-usuario, se ingresa al aplicativo SQS. Soporte: Oficio remitiendo a EPS con copia queja y respuesta EPS. Cinco folios	C





CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUI MP	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,9	3.9.2 Del total de PQRs evidenciados en la oficina de atención al usuario, se tuvo en cuenta como muestra para esta auditoría el 6% que corresponde a 81 PQRs. De estos, el 19,8% cuentan con respuesta oportuna; el 5% no refleja una respuesta acorde a lo requerido, el 69,14% tuvo respuesta superior a 15 días hábiles y el 11,11% no conto con respuesta, lo que no garantiza que todos los requerimientos, solicitudes, quejas y/o reclamos presentadas por los usuarios sean tramitadas con oportunidad, infringiendo lo estipulado en artículo 55 de la Ley 190 de 1995; los artículos 5 y 6 del Capítulo II del Código Contencioso Administrativo y el art. 34 numeral 34 de la Ley 734 de 2002	1- Dar cumplimiento al procedimiento establecido, seguimiento y evaluación permanente con las áreas involucradas para dar respuesta oportuna a los requerimientos de los ciudadanos.	1- No. De respuestas oportuna a los requerimientos interpuestos / total de solicitudes radicadas	1-Dar respuesta oportuna al 100% de los requerimientos /o quejas, interpuestas	ATENCION AL USUARIO	REFERENTE AL USUARIO Y FERENTES DE AREAS ASISTENCIALES COMO ADMINISTRATIVAS	HUMANO	07/10/2010	06/12/2010	2	Se dio cumplimiento a la meta propuesta	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,9	3.9.3 Por otra parte la entidad realiza apertura de buzones sin asegurar la participación de un miembro de control interno, a pesar que las actas diseñadas hacen referencia a esta participación, la apertura de buzones no se realiza de manera periódica, pues en el transcurso del año 2009 se realizaron 20 actas con intervalos de 19, 17, 10, 9, 8 o 7 días, lo que genera un riesgo para la entidad pues no garantiza la oportunidad en la respuesta a los usuarios incumpliendo lo preceptuado en el artículo 53 parágrafo 2 de la Ley 190 de 1995.	Elaborar y socializar el procedimiento de Apertura de Buzones*	Procedimiento elaborado y socializado.	Elaborar procedimiento de Apertura de buzones.	ATENCION AL USUARIO CALIDAD	REFERENTE AL USUARIO Y OGPA	HUMANO	07/10/2010	03/01/2011	2	A partir del año 2010, desde la Oficina de Atención al Usuario se elaboró un procedimiento institucional para la apertura de Buzones, el cual está avalado por el Área de Calidad del Hospital y regula y establece la directriz del manejo de los buzones, con una periodicidad de apertura semanal. De la misma manera se modificó el formato de acta ajustándolo a la participación permanente de la Asociación de Usuarios, Usuarios Aleatorios del Servicio y Funcionarios de Atención al Usuario. Las evidencias se archivan en carpetas en orden cronológicos. Soportes: Formato de Peticiones FAU 14 y Formato Acta de Apertura de Buzones FAU03. Procedimiento Apertura de Buzones (Tres folios).	C
Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,9	3.9.4 La Unidad Funcional de Atención al Usuario y Participación Social no aplica al 100% los procedimientos establecidos, es así como no se realiza seguimiento a la satisfacción de las respuesta a los usuarios, no se realiza análisis y generación de informes cada mes, no se realiza seguimiento a las respuestas que deben ser emitidas por los referentes, lo que genera un riesgo a la entidad, incumpliendo lo preceptuado en el artículo 54 de la Ley 190 de 1995 y manual de procesos y procedimientos de la entidad.	1- Actualizar el procedimiento establecido de quejas y reclamos y realizar seguimiento y evaluación al mismo.	No. De procedimiento actualizados / total de procedimientos establecidos	100% de actualización del procedimiento y aplicabilidad	ATENCION AL USUARIO	REFERENTE AL USUARIO Y REFERENTE ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS	HUMANO	07/10/2010	31/01/2011	2	Se elabora un Informe consolidado mensual de Peticiones, Quejas y Reclamos dirigido al área directiva, asistencial y a referentes del servicio con el objetivo de hacer seguimiento a la calidad de las respuestas y a las tres áreas con mayor número de requerimientos se les solicita un plan de mejoramiento. PREGUNTA. Ha contribuido este plan de mejoramiento a la disminución de las peticiones y a mejorar el servicio del área? RESPUESTA. Si se han realizado acciones de mejora como retirar funcionarios o el outsourcing de facturación por problemas de agresividad, se implementó la capacitación a los funcionarios de facturación del hospital y otros. En conclusión, el seguimiento ha permitido mejoras. Soportes: Procedimiento Administración de Peticiones PAU 03 versión 9. Informe de peticiones correspondiente al mes de septiembre en 12 folios.	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	RANGO CUMPL	ANALISIS SEGUIMIENTO CONTRALORIA BOGOTA	ESTADO DE LA ACCION
Inofirme de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral-Modalidad Regular-Vigencia Auditada 2009	3,9	3.9.5 Así mismo, 26 respuestas que equivalen al 32.1% de la muestra seleccionada, fueron publicadas en cartelera bajo la figura de edicto, sin que este cumpla con dichas condiciones, y notando que no se hizo gestión para la confirmación de dirección del usuarios, a la vez que se observan un numero exagerado de copias, ocasionando costos adicionales e insatisfacción en el usuario y un riesgo para la entidad, incumpliendo lo preceptuado artículo 55 de la Ley 190 de 1995 y en el artículo 45 del Código Contencioso Administrativo.	1- actualizar el procedimiento de quejas y reclamos incluyendo la publicación en cartelera de respuesta a quejas o reclamos de anónimos.	Procedimiento actualizado	Publicar de acuerdo a la normatividad el 100% de los requerimientos que los requiera.	ATENCION AL USUARIO	REFERENTE ATENCION AL USUARIO	HUMANO	07/10/2010	06/12/2010	2	Como medida correctiva se implementó desde la Oficina de Atención al Usuario un instructivo para dar cumplimiento a las características definidas por la Ley del Edicto. Para elaborar un edicto se tiene en cuenta: Referir la respuesta al destinatario en donde se cita el número de requerimiento, registro y constancia de la actuación, fecha de fijación, tiempo durante el cual será publicado y tiempo para dar por notificado al usuario, publicación en lugar visible para el usuario externo del Hospital. El Hospital no incluyó dentro del procedimiento Administración de Peticiones lo relacionado la publicación en cartelera de respuesta a quejas o reclamos de anónimos, se compromete a partir del día lunes 29 de octubre a iniciar las acciones para la elaboración del procedimiento. Soporte: Edicto Instructivo Una hoja. El 30 de octubre la administración entregó el Procedimiento Administración de Peticiones código PALI03, en el cual incluyeron los numerales 15, 16 y 17.	C