

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

**HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL DE ATENCION ESE
VIGENCIA 2012**

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2013
CICLO: II**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD

SEPTIEMBRE DE 2013

AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL DE
ATENCION ESE

Contralor de Bogotá

Diego Ardila Medina

Contralor Auxiliar

Ligia Inés Botero Mejía

Directora Sectorial (E)

Lilia Aurora Medina Roa

Asesoras

Erika Maritza Peña Hidalgo
Diana Gisela Gómez

Gerente

Jaime Acevedo

Equipo de Auditoría

William Erazo Rodríguez
Katerine Angélica María García Izquierdo
Juan Carlos Mesa Rincón
Myriam Jael Suam Guauque
Berta Ramírez Escobar

TABLA DE CONTENIDO

No.	DESCRIPCION	PAG.
1.	DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	4
2.	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	14
2.1.	Seguimiento Pronunciamientos y Controles de Advertencia	14
2.2.	Evaluación al Sistema de Control Interno	16
2.3.	Evaluación a los Estados Contables	22
2.4.	Evaluación al Presupuesto	39
2.5.	Evaluación a la Contratación	46
2.6.	Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	50
2.6.1.	Plan de Desarrollo	50
2.6.2.	Balance Social	61
2.7.	Evaluación a la Gestión Ambiental	64
2.8.	Evaluación a las Acciones Ciudadanas	72
2.9.	Concepto sobre Rendición de la Cuenta	73
3.	ANEXOS	75
3.1	Cuadro de Observaciones Detectadas y Comunicadas	76
3.2	Seguimiento Plan de Mejoramiento	77



1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Doctor
RAIMUNDO EULICES MORALES PINEDA
Presidente Junta Directiva
FERNANDO ANIBAL PEÑA DÍAZ
Gerente
Hospital La Victoria III nivel de atención ESE
Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoria Modalidad Regular, a la entidad Hospital La Victoria III NIVEL ESE a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del balance general a 31 de diciembre de 2012, y el estado de actividad financiera, económica, social y ambiental por el periodo comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2012; (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, fueron corregidos (o serán corregidos) por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento

continuo de la organización y por consiguiente en la eficiente y efectiva producción y/o prestación de bienes y/o servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

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

En el trabajo de auditoría se presentaron las siguientes limitaciones que afectaron el alcance de nuestra auditoría como fue: falta de documentos que soporten las decisiones administrativas y la gestión desarrollada así como, incongruencia en la información entregada y la no actualización de los manuales de funciones y procedimiento por parte del Hospital.

Los hallazgos se dieron a conocer a la Entidad, las respuestas de la administración fueron analizadas y se incorporaron al informe, las que fueron debidamente soportadas.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
PLAN DE DESARROLLO Y/O PLAN ESTRATEGICO 20%	1. Concordancia de los proyectos de inversión con la información de fichas de Estadísticas Básicas de Inversión –EBI-D	100	4	4
	2. Concordancia entre los objetivos de los proyectos de inversión, las metas y las actividades con los objetos de los contratos suscritos para su ejecución.	75	4	3
	3. Nivel de cumplimiento presupuestal por proyectos de inversión y metas. De acuerdo a lo programado para la vigencia en estudio.	25	4	1
	4. Nivel de cumplimiento físico de las metas de los proyectos de inversión. De acuerdo a lo programado en la vigencia en estudio.	25	4	1

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
	5. Consistencia de la magnitud de las metas inicialmente programadas versus la magnitud reprogramada en la vigencia evaluada y la relación con la asignación presupuestal.	25	4	1
SUBTOTAL		250	20	10
BALANCE SOCIAL 25%	1. Cumplimiento de la metodología vigente para presentación del Balance Social en forma y contenido.	75	6	4,5
	2. Identificación clara y concreta de cada uno de los problemas sociales presentados con sus causas y efectos.	70	4	2,8
	3. Establecimiento de los instrumentos formulados para la atención de los problemas sociales.	70	2	2,1
	4. Identificación de las unidades de focalización en población u otras unidades de medida.	90	2	1,8
	5. Determinación de la población o unidades de medida atendidas en la vigencia.	60	3	1,8
	6. Determinación de la población u otras unidades de medida sin atender en la vigencia.	60	3	1,8
	7. Establecimiento de los cambios en los problemas sociales.	70	3	2,1
	8. Diagnostico del problema al final de la vigencia.	70	2	1,4
SUBTOTAL		565	25	15,5
CONTRATACION 20%	1. Cumplimiento de las etapas pre-contractual, contractual y post-contractual	80	4,5	3,6
	2. Cumplimiento de las normas, principios y procedimientos contractuales.	80	5	4
	3. Relación de la contratación con el objeto misional.	100	6	6
	4. Informes y labores de interventora y supervisión.	70	4,5	3,2
SUBTOTAL		330	20	16,75
PRESUPUESTO 15%	1. Cierre presupuestal.	75	3	2,4
	2. Modificaciones presupuestales presentadas, tales como: créditos, contra créditos, suspensiones, adiciones, etc.	77	3	2,4
	3. Cumplimiento normativo en la ejecución de presupuesto de gastos e inversión	60	1	0,6
	4. Análisis a las autorizaciones de giro	75	2	1,5
	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.	75	3	2,25
	6. Planeación del sujeto de control para la ejecución del presupuesto.	60	2	1,2
	7. Grado de cumplimiento y análisis de resultados del PMR.	75	1	0,75
SUBTOTAL		497	15	11,1
GESTION AMBIENTAL 10%	1. Cumplimiento de Proyectos del Plan de Acción Cuatrienal Ambiental – PACA en el marco del Plan de Gestión Ambiental Distrital – PIGA.	80	3	2,4
	2. Cumplimiento de Planes Institucionales de Gestión Ambiental – PIGA's.	90	7	6,3
SUBTOTAL		170	10	8,7

VARIABLES	ELEMENTOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN AUDITOR	PORCENTAJE	CALIFICACION TOTAL
CONTROL INTERNO 10%	1. Evaluación y cumplimiento del MECI.	80	2,5	2
	2. Evaluación y cumplimiento del SGC.	80	2,5	2
	3. Revisión y análisis al informe de control interno del sujeto de control.	77	2,5	1,9
	4. Cumplimiento al Plan de Mejoramiento.	85	2,5	2,1
SUBTOTAL		322	10	8,05
TOTAL		2134	100	70,1

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

El sistema de control interno del Hospital, obtuvo una calificación de **3,72**, que lo ubica dentro de un rango de evaluación **regular** y un nivel de **Riesgo mediano**, con un porcentaje del **75%**, para el desarrollo de sus actividades, al no tener efectivos controles y seguimientos, lo cual afecta su gestión y buen funcionamiento e incide en la prestación de los servicios que recibe el usuario.

La situación financiera del hospital a 31 de diciembre de 2012, es bastante crítica desde el punto de vista económico toda vez que los gastos y costos del año lograron la suma de \$88.088 millones, incluyendo los diferentes pagos efectuados a cuentas por pagar, mientras que los ingresos ascendieron a la suma de \$ 71.496 millones.

Por una parte las cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2012 fueron de \$14.809 millones, mientras que los saldos por recaudar son de \$ 14.015 millones.

Con la expedición de los Acuerdos 011 de 29 de enero de 2010, 027 de 11 de octubre de 2011 y 032 de 17 de mayo de 2012 de la Comisión de Regulación de Salud, esta reforma produjo que las finanzas de los hospitales tuvieran consecuencias negativas, tal como se muestra en la facturación del FFFDS – Atención a Vinculados, adicionalmente las EPS Subsidiadas no efectúan los pagos radicados en su totalidad agravando la situación financiera de la Entidad.

Al analizar el déficit en el recaudo se nota claramente que el mayor problema radica en los rubros del Régimen Subsidiado- No Capitado en la que se dejó de recaudar la suma de \$9.947 millones que corresponde al 32% de lo presupuestado.

Además de la liquidación de diferentes EPSS que le adeudan al hospital por un valor de \$12.575.3 millones, según su estado de cartera al cierre de la vigencia 2012, recursos que difícilmente el hospital recuperara agravando esta situación.

Se precisa que la Secretaría Distrital de Salud SDS – Fondo Financiero Distrital de Salud, mediante los convenios desarrollados en el Marco del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero giró durante el año 2012 la suma de \$5.021.6 millones que contribuyeron a subsanar el déficit de caja del hospital.

De la revisión de la contratación adelantada por el Hospital durante la vigencia 2012, en los contratos No C.P.S 001;002; C.S No 006;008;009; O.C No 1652; 1964; 1965; 1976; O.P.S No 735;1161;747; O.S No 012; 089;097;044;047; Y 069; se observó que no se tiene en cuenta su manual de contratación, se realizaron sin hacer unos adecuados estudios previos, no existen los estudios económicos, ni análisis de mercado, lo que hizo que los actos contractuales no cumplieran con el principio de selección objetiva y de planeación.

En algunos Contratos de Prestación de Servicios Asistenciales como son: 342; 343, 365, 434, 436, 438 de 2012 entre otros, no se efectuó un análisis de las diferentes alternativas o soluciones que puedan satisfacer la necesidad de la entidad, frente a la relación costo /beneficio. Se observó también que solamente se contrataba con el único oferente, desconociendo los principios de publicidad; transparencia y economía.

La entidad no cuenta con una programación para asignar la supervisión de sus contratos, existe una concentración en la supervisión de los mismos, evidenciando que un funcionario soporta la supervisión de 797 contratos y a la vez debe cumplir con las funciones propias de su cargo.

Esta anomalía hace que no se ejerza una adecuada tarea por parte del supervisor, tal como se comprobó en cada contrato; no se determina claramente la prestación del servicio por parte del contratista, no se evidencia el estado de funcionamiento de los equipos médicos dados en arrendamiento; limitándose a certificar que el servicio fue prestado y que se debe pagar al contratista. Estas anomalías traen consigo incertidumbre y desconfianza.

En la ejecución presupuestal, se logra evidenciar debilidades en la determinación del presupuesto ya que el Hospital incumple con lo estipulado en el Artículo 189 de la ley 100 de 1993 y el Artículo 1 del decreto 1769 de 1994, al no destinar el 5% de su presupuesto a los rubros Mantenimiento y Reparación y Dotación Infraestructura Hospitalaria. Al mismo tiempo se presenta diferencia entre los valores reportados en el Sistema de Información SIVICOF con la ejecución suministrada por la entidad, presentando también variaciones en los libros

presupuestales puesto que las modificaciones no se registran en el momento de su expedición.

De conformidad al Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2012, la Entidad muestra un alcance de cumplimiento promedio del 92,1% de las metas propuestas en su Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2012, las cuales están previstas en su Plan Operativo Anual y fueron ejecutadas según consta en su Plan de Acción, facilitando el cumplimiento de la misión institucional, apuntando a los compromisos establecidos en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva”.

Sin embargo en el Macroproceso de Direccionamiento Estratégico, los objetivos estructurantes Gestión Pública y Transparente, presenta debilidades en su planeación, por cuanto no se consiguieron los resultados previstos, en el objetivo estructurante Ciudad de Derechos programa Garantía del aseguramiento y atención en salud, algunos factores no permitieron el cumplimiento de las metas estimadas de producción.

Con respecto al Balance Social, la Entidad muestra en términos de resultados una rentabilidad social de conformidad a los servicios prestados, los cuales en parte atendieron las dos problemáticas sociales con sus causas y efectos, estableciendo estrategias para contrarrestarla, presentando incumplimiento de metas, estadísticas no actualizadas, indicadores distintos a los ejecutados y dejando de lado otros problemas que se presentan en la zona.

En la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA, la calificación fue del 85.0 $(80 + 90) / 2$; razón por la cual la entidad queda en un rango de calificación eficiente, resultado que define una adecuada Gestión Ambiental.

Con relación a la evaluación de las acciones ciudadanas, la Entidad presenta falencias en la atención humanizada y prestación de los servicios integrales, que garantice la atención.

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

Con base en las conclusiones y hallazgos antes relacionados, la Contraloría de Bogotá D.C. como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión

y resultados, es ***favorable con observaciones***, con la consecuente calificación de 70.1, resultante de ponderar los aspectos relacionados anteriormente.

Concepto sobre la evaluación y rendición de la cuenta

Una vez aplicada la lista de chequeo y el programa para analizar el contenido de la cuenta y el examen de los aspectos relevantes en la etapa de ejecución de la auditoría no hubo incumplimiento en cuanto a la forma, términos y método establecidos por la Contraloría de Bogotá. D.C. No obstante la información contenida en los formatos CBN 1093 y CBN 1094, correspondiente a las notas y anexos de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, la entidad no reportó dicha información, los formatos CB-0201 Archivo Contratación, CB-0202 Archivo Novedades, presentan inconsistencias en la información reportada, contraviniendo lo establecido en las Resoluciones No. 034 del 21 de diciembre de 2009 y 01 de 2011 emanadas de la Contraloría de Bogotá y el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Opinión Sobre los Estados Contables

Practicada la auditoría a los Estados Contables con corte a 31 de diciembre de 2012 y efectuadas las pruebas de auditoría a las cuentas de efectivo, deudores, Propiedad Planta y Equipo, cuentas por pagar, y sus correlativas se encontró que:

Los ingresos correspondientes a los convenios no se están recibiendo en la cuentas para lo cual fueron constituidas generando incumplimiento de los términos contractuales y por ende falta de control de cada uno de los convenios

La Provisión para Deudores por \$7.648.6 millones es menor que las Deudas de difícil Cobro por \$13.315.1 millones, para los saldos arrojados a 31 de diciembre de 2012.

Se han constituido títulos de depósito en tesorería por valor de \$4.614.8 millones, por las gestiones de recuperación de cartera, documentos que no se encuentran registrados en los estados contables, en sus cuentas de control.

El Hospital efectuó un desembolso en cuantía de \$3.69 millones, para la destrucción de los equipos médicos dados de baja mediante la Resolución 119 del 2013, generando un gasto para la entidad cuando lo que realmente debió recibir fue una retribución por la venta de la chatarra, teniendo en cuenta que la totalidad de los bienes, dados de baja no eran residuos peligrosos ni considerados como RAAES

Las cuentas de avances y anticipos recibidos presentan un saldo de \$555.8 millones, el cual incluye partidas de los contratos 469, 470, 727 del 2007 liquidados, además se registran partidas pendientes de depuración por cartera, ingresos en bancos sin depurar, entre otros, generando información no oportuna para satisfacer las demandas informativas de los usuarios.

No se tiene actualizados los manuales de proceso y procedimientos para el registro y control de la contabilidad.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos anteriores, los estados financieros del Hospital la Victoria presenta razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2012 y los resultados del ejercicio económico del año terminado en la misma fecha, con los principios y normas prescritas por las autoridades competentes y los principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia o prescritos por el Contador General de la Nación.

Plan de Mejoramiento

El Hospital La Victoria, a diciembre 31 de 2012, presentó 47 hallazgos en su plan de mejoramiento, que luego de efectuarse el seguimiento a las acciones de corrección se estableció el cumplieron 20 de las acciones correctivas, 4 permanecen abiertas y 23 en ejecución por encontrarse en términos.

Aplicada la metodología establecida en la Resolución Reglamentaria 29 de 2012 para la evaluación y calificación de los planes de mejoramiento suscritos, se estableció que la entidad obtuvo un promedio de avance de 1.88 lo que significa que el plan de mejoramiento se cumplió, teniendo en cuenta que 27 de ellas se encuentra abiertas y en ejecución, por tener plazo de cumplimiento hasta el 31 de diciembre de 2013.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoria tal como se detalla en el Anexo 3.1 se establecieron treinta y nueve (39) Hallazgos Administrativos, no se presentaron hallazgos con incidencia disciplinaria, fiscal y penal.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto **favorable con observaciones** emitido en cuanto a la gestión realizada y la **opinión con salvedades** expresada sobre la razonabilidad de los estados contables, la cuenta rendida por la entidad correspondiente a la vigencia 2012, **se fenece**.

Plan de Mejoramiento

A fin de lograr que la labor de la 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 de SIVICOF de conformidad con lo establecido en la Resolución Reglamentaria 029 de 2012.

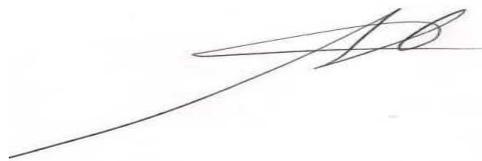
El Plan de mejoramiento debe detallar las medidas que se tomaran respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución, garantizando que busque eliminar la causa del hallazgo, que sea realizable, 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.

En el plan de Mejoramiento presentado se deben retirar las acciones cerradas, y se mantendrán las que se encuentran en ejecución y abiertas. Estas tendrán un plazo máximo de implementación de 60 días en los casos en que se hubiese cumplido los términos.

Resultado de las peticiones, quejas y reclamos.

Los insumos entregados constituyeron soportes para la determinación de dos (2) hallazgos administrativos.

Bogotá, D.C., Septiembre de 2013



LILIA AURORA ROA MEDINA
Directora Sector Salud (E)

2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

2.1. Seguimiento Pronunciamientos y Controles de Advertencia.

De conformidad al seguimiento a los pronunciamientos y controles de advertencia en cumplimiento a los parámetros de la auditoría, el Hospital; en la vigencia 2012, realizó acciones de conformidad a los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud encaminadas a dar solución a las observaciones presentadas por el Ente de Control, el Hospital informa que no tiene controles de advertencia o pronunciamientos, sin embargo el sector salud presenta advertencias que inciden o afectan directamente a la Entidad, presentando las actuaciones de la siguiente manera:

Pronunciamiento incumplimiento pago de cartera a los hospitales de la red pública Distrital por parte de las EPS S 2011108781 de octubre 11 de 2011.

Entre las vigencias de 2011 al 2013 el hospital a través del área de cartera viene adelantado diferentes procesos para la recuperación de la cartera mediante conciliaciones de cuentas médicas, cartera, cobro coactivo y conciliación ante los diferentes entes de control y vigilancia, en donde se establecieron compromisos que fueron incumplidos.

En la última mesa de flujo de recursos las Conciliaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud con las EPS Humana Vivir EPSS y EPS C, Cafesalud EPS C, Saludcoop EPS, EPSS Convida, EPSS Salud Vida, EPSS Ecoopsos, EPSS Caprecom y EPSS Solsalud para una cuantía de \$12.3 millones, fecha prevista noviembre 26 y 27 de 2012, según actas de las mesas de trabajo se obtuvo el siguiente resultado:

COMPROMISOS EN MESAS DE FLUJOS DE RECURSOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2012.

ENTIDAD	PACTADO	GIRADO	Observaciones
Caprecom	220.891.706	0	
Salud Vida	317.966.761	317.966.761	
Cafesalud			No presentaron acuerdo de pago
Salud coop			
Humana Vivir			
Ecoopsos			
Solsalud			
Convida			
Totales	538.880.467	317.966.761	

Fuente: Informe Controles de Advertencia Hospital la Victoria III ESE

Las entidades EPS Humana Vivir, Solsalud, Convida, Saludcoop, Cafesalud, y la EPS-S Ecoopsos no realizaron compromisos en estas mesas de trabajo.

Como acciones directas de la entidad, ha impulsado la gestión de cobro coactivo, de lo cual se ha logrado realizar embargos y obtención de \$784.588.713 discriminados de la siguiente manera:

TITULOS CONSIGNADOS DURANTE 2012				
ENTIDAD	TITULOS ENTREGADOS A TESORERÍA No.	VALOR DEL TITULO	VALOR CONSIGNADO	MES DE CONSIGNACION
LA PREVISORA	400100003250174	19.343.242	19.343.242	FEBRERO
LA PREVISORA	400100003550487	3.308.301	3.308.301	ABRIL
SERVIMEDICOS	400100003580290	662.182	662.182	ABRIL
GOBERNACION DE ANTIOQUIA	400100003256643	39.927.834	39.927.834	MAYO
GOBERNACION DE ANTIOQUIA	400100003270549	1.364.000	1.364.000	MAYO
GOBERNACION DE ANTIOQUIA	400100003268652	5.511.652	5.511.652	MAYO
CRUZ BLANCA EPS	400100003424605	73.622.908	73.622.908	MAYO
CRUZ BLANCA EPS	400100003635899	103.289.271	103.289.271	MAYO
CRUZ BLANCA EPS	400100003436063	1.097.950	1.097.950	MAYO
CRUZ BLANCA EPS	400100003428657	290.008	290.008	MAYO
CRUZ BLANCA EPS	400100003440672	1.431.974	1.431.974	MAYO
LA PREVISORA	400100003547714	181.940	181.940	JUNIO
CAJA DE COMPENSACION CAJACOPI	400100003262538	25.837.560	25.837.560	JULIO
CAJA DE COMPENSACION CAJACOPI	400100003826977	13.922.681	13.922.681	NOVIEMBRE
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR	400100003674668	175.034.939	175.034.939	NOVIEMBRE
MUNICIPIO DE SINCELEJO	400100002654293	47	47	DICIEMBRE
MUNICIPIO DE SINCELEJO	400100003203597	1.773.463	1.773.463	DICIEMBRE
SALUD VIDA EPS		317.988.761	317.988.761	DICIEMBRE
TOTAL		784.588.713	784.588.713	

Fuente: Informe Controles de Advertencia Hospital la Victoria III ESE

Suscripción conjunta con los gerentes de las ESEs distritales y el Secretario Distrital de salud del documento SOS, dirigido al señor presidente de la República con radicado SDS 76689 de mayo 5 de 2012, con planteamiento de las problemáticas cartera, glosas, insolvencia de las EPS, nivelación del POS, giros directos a las EPS, barreras de acceso, Negociación de venta de servicios dentro de la Red Centro Oriente, atendiendo los parámetros concertados.

Pronunciamento: Riesgo de dejar de percibir recursos de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda por el proceso de saneamiento de aportes patronales, 2008-67676 de diciembre 2 de 2008.

Estado de los procesos de conciliación con terceros del situado fiscal mediante Resolución 3815 de 2003, se ha conciliado y legalizado el 100% de las entidades, Con respecto al Sistema General de participaciones Decreto 1636 de 2006, se ha

legalizado con Certificación todas las entidades Administradoras Excepto con la ARP ,

Con relación al proceso de liquidación de la entidad Endisalud se pudo establecer que se hicieron parte del proceso el 22 de agosto del 2012 presentando acreencias por cuantía de \$658.1 millones.

Con relación a la EPS Salud Cóndor, se revisó el estado de cartera determinando que el hospital se hizo participe en el proceso de liquidación de manera oportuna en cuantía de \$2.294.5 millones el 23 de Octubre de 2012.

Beneficios de Control Fiscal.

De conformidad con las actividades emprendidas por el Hospital y de acuerdo a los pronunciamientos antes mencionados, se observan para la vigencia beneficios del control fiscal por valor \$317.988.761., establecidos en mesas de flujos de recursos a 31 de diciembre de 2012, y la gestión de cobro coactivo por embargos de títulos consignados en el 2012, por valor de \$784.588.713.

2.2. Evaluación al Sistema de Control Interno

Una vez evaluado el Sistema de Control Interno del Hospital la Victoria III N.A ESE mediante la metodología definida en la resolución 030 de 2012 y en el numeral 2.1 del programa de auditoría de este ente de control. Articulado con la metodología aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública para la evaluación del cumplimiento de las fases II (mantenimiento y mejora del sistema) y III (medición de su impacto) de operación del Modelo Estándar de Control Interno MECI (Circular 100-08 de 2010), en las áreas administrativas y asistenciales respecto a la vigencia 2012.

Luego de desplegados los elementos de cada uno de los componentes que integran los subsistemas de este modelo; el SIC de la entidad alcanza puntaje de:

Calificación: 75 Riesgo: Mediano SCI: Regular

Desempeño global afectado por bajo desempeño en el subsistema Control de Gestión, el cual alzó calificación de 71 puntos, versus 77 y 78 de los subsistemas de Control Estratégico y Control de Evaluación respectivamente.

Donde como objetivos específicos se verificó el cumplimiento de lo normado en la Ley 87 de 1993, su concordancia con la ley 1421 de 1993, decreto 1599 de 20 de

mayo de 2005, la calificación del Sistema de Control Interno y cumplimiento de la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP- 1000:2004.

Persiste un bajo desempeño en el subsistema de control de gestión el cual alcanzó calificación de 71 puntos, contra 77 puntos en control estratégico y 78 de control de evaluación.

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

Puntaje: 77 riesgo: Bajo SCI: Bueno

Subsistema que alcanza una calificación de 77 como promedio obtenido de sus tres subcomponentes ambiente de control con 76 puntos, direccionamiento estratégico 77 puntos, administración de riesgo 77 puntos.

Componente Ambiente de Control

Puntaje: 76 Riesgo: bajo SCI: Bueno

Calificación por debajo de la media del sistema por bajo resultado en los elementos; acuerdos, compromisos o protocolos éticos que alcanzo 67 puntos y Desarrollo de talento humano en 63 puntos.

Componente Direccionamiento Estratégico

Puntaje: 77 riesgo: bajo SCI: Bueno.

Con la evaluación realizada los elementos planes y programas, modelo de operación por procesos y estructura obtuvieron calificación 57, 75 y 100 puntos respectivamente.

Componente Administración del Riesgo.

Puntaje: 77. Riesgo: bajo SCI: Bueno

Calificación que es alcanzada de la asignación 100 puntos; en los elementos contexto estratégico, identificación del riesgo, de 67 en análisis de riesgo y políticas de administración del riesgo y 50 en valoración del riesgo.

Es importante evidenciar la falta de efectividad en el seguimiento sistemático por parte de algunos dueños de proceso; al mapa de riesgos lo cual genera una

calificación de 50 puntos en el elemento valoración del riesgo, ya que no consideran necesario el seguimiento del mismo.

Hallazgo Administrativo

2.2.1. La entidad cuenta con compromisos o protocolos éticos y código de ética aprobado mediante resolución No 0495 de 2012; sin embargo no se tiene una herramienta para valorar la apropiación de los principios y valores de código de ética; que puede convertirse en potencial factor de riesgo en el mantenimiento de comportamientos uniformes con criterios básicos de atención a usuarios y en la toma de decisiones del hospital; lo que incumple los literales d) y e) del artículo 2º la ley 87 de 1993.

Hallazgo Administrativo

2.2.2. la entidad cuenta con manual y mapa de riesgos de acuerdo a la metodología sugerida por DAFP incluye riesgo de corrupción ley 1474, existe identificación de los factores internos y externos de riesgo, a pesar de esto no se evidencia seguimiento sistemático a los mismos mapas de riesgo por parte de los dueños de proceso; no se haya evidencia de la socialización de estos, no todos los servidores, conocen y aplican los controles para mitigar los riesgos de los procesos de los cuales hacen parte incumpliendo lo relacionado en los literal a, d, g, del artículo 2º la ley 87 de 1993.

SUBSISTEMA CONTROL DE GESTION

Puntaje: 70. Riesgo: bajo SCI: Bueno

Los causales de disminución en la puntuación radica en los componentes actividades de control, elemento procedimientos con 50 puntos; componente información, elementos información primaria puntos, información secundaria, sistemas de información con 50, 67,40 puntos respectivamente.

Componente Actividades de Control

La actualización de los procedimientos y la no socialización causa baja adhesión a estos permitiendo que los trabajadores contratados mediante la modalidad de OPS no los conozcan en su totalidad

Los procedimientos se encuentran documentados y aprobados pero no actualizados no se realiza socialización de los procesos en los puestos de trabajo, existe actualización de formato institucionales pero no se realiza la socialización

de los mismos, igual se encuentra formatos en uso sin codificar y formatos obsoletos en uso.

Componente Información

Puntaje. 59 Riesgo: mediano SCI: Regular

La entidad cuenta con mecanismos para la recepción, identifica las fuentes de información, cuenta con mecanismos de consulta con distintos grupos, sin embargo dado lo evidenciado en acciones ciudadanas no se asume de conformidad la gestión ni se aplica ley anti trámite No cuenta con mecanismos internos de PQR para funcionarios, cuenta con tablas de retención documental débiles y fuentes internas de información como actas, memorandos etc.

Hallazgo Administrativo

2.2.3. la acumulación de usuarios en los puntos de atención y la falta de mecanismos de atención oportuna en la asignación de citas, permite la atención deshumanizada, especialmente en usuarios de tercera edad, madres gestantes y lactantes quienes deben permanecer por largas horas esperando la asignación de una cita. La no existencia de filas de atención preferencial y mecanismos que permita al tipo de población que no tiene el conocimiento ni los medios para acceder al sistemas modernos de asignación contraviene Art. 9 ley 962 de 2005, literal b y c del artículo 2º la ley 87 de 1993

Componente Comunicación Pública.

Puntaje. 66 Riesgo: mediano SCI: Regular

Puntaje resultante de desempeño como la media entre los elementos Comunicación organizacional y medios de comunicación, y comunicación informativa que obtuvieron un Puntaje de 50, 67 y 80 respectivamente, para un riesgo mediano y sistema de control interno regular. Persistiendo la observación de la auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2011 respecto a la carencia de manual de comunicaciones.

Hallazgo Administrativo

2.2.4. A pesar de encontrarse establecida la metodología para la autoevaluación del control mediante resolución 246 del 6 de Julio de 2012 acorde y formalizada con la normatividad vigente es claro que los dueños de proceso no generan cultura de autocontrol tal es el caso del proceso gestión ambiental en donde no se tiene claridad en la información referente al presupuesto de inversión en materia

de Gestión Ambiental que tiene el hospital para la vigencia 2012 , incumpliendo los literales b y e del artículo 2º la ley 87 de 1993.

En alguno de los contratos no muestran estudios, los cuales deben especificar las razones por las cuales se presenta la necesidad de realizar la compra es el caso del O.S-2218-12.

SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN

Puntaje: 78 riesgo: bajo SCI: bueno

Subsistema con evaluación de 78 puntos, resultante de promediar los componentes que se obtuvieron, de autoevaluación, evaluación independiente y planes de mejoramiento con calificación de 50,100 y 83 respectivamente.

Componente Autoevaluación.

Puntaje: 50 Riesgo: alto SCI: regular

Cuenta con sensibilización del autocontrol, los procesos definen autoevaluación; Componente con riesgo alto y calificación de SCI malo cuenta con sensibilización del autocontrol, los procesos definen autoevaluación

Hallazgo Administrativo

2.2.5. Una vez revisado y analizado el contrato de suministro No. 2218-12, se observa que no aparecen estudios previos que dieron origen al contrato, se observó que el Hospital La Victoria no cumplió a cabalidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo tercero del Decreto 2474 de 2008, por cuanto no definió adecuadamente la necesidad que se pretende satisfacer con la realización del contrato; no se hizo un análisis de las diferentes alternativas o soluciones que pudieran satisfacer la necesidad de la entidad frente a los costos, beneficios y desventajas de cada una de ellas para determinar la opción más favorable desde el punto de vista técnico, jurídico y económico; no se evaluaron las diferentes opciones y modalidades existentes que pudieran existir en el mercado para resolver la necesidad así como las razones que justificaron la preferencia por la modalidad o tipo contractual que se escogió, y en algunos casos no se aportaron los soportes respectivos, de la misma forma no aparecen cláusulas en el contrato que permitan hacer control de lo contratado. Desde la elaboración del documento de pedido realizado por el centro de costo "ALMACEN" se evidencia inclinación por la escogencia de un proveedor denominado Bomba B. Braum incumpliendo de esta manera con la selección objetiva que trata la norma contraviniendo lo normado en el Incumpliendo con lo señalado en los numerales 7 y 12 del artículo

25 y Artículo 29 de la Ley 80 de 1993, los numerales 1 al 7 del artículo tercero y numerares 1 al 5 del Artículo 5, Artículo 77 del Decreto 2474 de 2008, numerales a, b, f Artículo 2 de la Ley 87. Art. 27 y 34 Ley 734 de 2002. Literal b Art. 5, 20, 21, 25, Acuerdo 026 de 2011 HLV.

Componente Evaluación Independiente

Puntaje: 100 Riesgo: bajo SCI: bueno

Se evidencia gran compromiso en las acciones adelantadas por la oficina de control interno, mostrándose plan anual de auditorías aprobado en comité de control interno estas contemplan las auditorías internas de calidad se hace necesario la actualización total de procedimientos por parte de la oficina de gestión de calidad

Componente Planes de Mejoramiento

Puntaje: 83. Riesgo: bajo SCI: bueno

El Hospital tiene definido el formato plan de mejoramiento que da respuesta a las acciones de mejoramiento, tiene definido formato para los planes de mejoramiento individual y contempla acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los servidores públicos. Sin embargo no se percibe los planes de mejoramiento y mapas de riesgos como mecanismos de mejora continua.

CUADRO 1
EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO HOSPITAL LA VICTORIA

ELEMENTOS		TOTAL * ELEMENTOS	COMPONENTE	TOTAL * COMPONENTE	SUB SISTEMA	TOTAL * SUB SISTEMA	TOTAL SISTEMA
CONTROL ESTRATEGICO	Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	67	AMBIENTE DE CONTROL	76	CONTROL ESTRATEGICO	77	75
	Desarrollo de talento humano	63					
	Estilo de Dirección	100					
	Planes y programas	57	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	77			
	Modelo de operación por procesos	75					
	Estructura organizacional	100					
	Contexto estratégico	100	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	77			
	Identificación de riesgos	100					
	Análisis de riesgos	67					
	Valoración de riesgos	50					
	Políticas de administración de riesgos	67					
CONTROL DE GESTION	Políticas de Operación	100	ACTIVIDADES DE CONTROL	90	CONTROL DE GESTION	71	
	Procedimientos	50					
	Controles	100					
	Indicadores	100					
	Manual de procedimientos	100					
	Información Primaria	50					INFORMACIÓN

ELEMENTOS		TOTAL * ELEMENTOS	COMPONENTE	TOTAL * COMPONENTE	SUB SISTEMA	TOTAL * SUB SISTEMA	TOTAL SISTEMA
	Información Secundaria	67	COMUNICACIÓN PÚBLICA	66			
	Sistemas de Información	60					
	Comunicación Organizacional	50					
	Comunicación informativa	80					
	Medios de comunicación	67					
CONTROL DE EVALUACION	Autoevaluación del control	50	AUTOEVALUACIÓN	50	CONTROL DE EVALUACION	78	
	Autoevaluación de gestión	50					
	Evaluación independiente al Sistema de Control Interno	100	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	100			
	Auditoría Interna	100					
	Planes de Mejoramiento Institucional	100	PLANES DE MEJORAMIENTO	83			
	Planes de mejoramiento por Procesos	100					
	Plan de Mejoramiento Individual	50					

Fuente: Formato Resolución 030 de 2012 CB - A

2.3. Evaluación a los Estados Contables

La evaluación se llevó a cabo de conformidad con los programas de Auditoría aprobados para realizar la auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular a la vigencia 2012 y se tuvo en cuenta las normas y procedimientos de auditoría generalmente aceptados, a través de pruebas selectivas a los registros y documentos soportes, de las transacciones y registros contables de la entidad con el objeto de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras de los estados contables del Hospital, a diciembre 31 de 2012 y conceptuar sobre el sistema de Control Interno Contable de conformidad con las Normas de Contabilidad prescritas por la Contaduría General de la Nación, evidenciando lo siguiente:

El hospital la Victoria III Nivel de Atención ESE, a 31 de diciembre de 2012 presentó activos totales por valor de \$49.424,3 millones, cifra que se aumentó en \$9.601,6 millones al compararlo con la vigencia fiscal de 2011 que fue de \$39.822,8 millones, clasificando en corriente \$24.593,0 millones y no corriente un saldo de \$24.831,3 millones, como resultado de su objeto social, esta variación se ve reflejada especialmente en las cuentas: de deudores, deudas de difícil recaudo y las valorizaciones.

El pasivo del hospital a 31 de diciembre de 2012 fue de \$21,865,0 millones que refleja un incremento de \$1.030,2 millones equivalente al 5% en relación con la vigencia 2011 que fue de \$20.834,9 millones Esta diferencia obedece a la variación reflejada en los rubros de cuentas por pagar al pasar de \$12,921,4 millones a \$14.543,3 millones en el 2012, de otra parte la cuenta de obligaciones laborales y de seguridad social por valor de \$3,864,5 millones al disminuirse en \$467,7 millones con relación al 2011 por valor \$4,332,2 millones

En lo relacionado al patrimonio a 31 de diciembre de 2012 se incrementó en \$8,571,4 millones, al pasar de \$ 18,987,9 millones en el 2011 a \$27.559,3 millones, esta variación se ve reflejada en la cuenta de capital fiscal al pasar de \$10.038,1 millones a \$18.717,7 millones en el 2011 la variación del Capital representa el 86% con relación al año 2011 y al superávit por valorización por valor de \$11,421,4 millones al incrementarse en \$6.019,9 millones, esta obedece al registro parcial de la ejecución de los convenios 1051/12; 2130/12;1741/11 con el Fondo Financiero y al traslado de los excedentes de la vigencia del 2011 por \$393, millones, el superávit se reflejada por las valorizaciones del 2012

Efectivo

Verificada la cuenta de efectivo a 31 de diciembre de 2012, se pudo observar que esta presento un incremento de \$9.601,6 millones, saldo que corresponde al 2% del total del activo, presentando la siguiente distribución

CUADRO 2
EFFECTIVO A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

Cifras en millones de pesos

CODIGO CONTABLE	NOMBRE	SALDO 31 DIC 2011	SALDO 31 DIC 2012	DIFERENCIA	%
1	ACTIVOS	39,822,8	49,424,3	9.601.5	100
1.1	EFFECTIVO	475,5	760,3	284.8	1,54
1.1.05	CAJA	17,1	13,3	-3.8	0,03
1.1.05.01	Caja principal	17,1	13,3	-3.8	0,03
1.1.05.02	Caja menor	0	0	0	0
1.1.10	DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	458,5	747	288.6	1,51
1.1.10.05	Cuenta corriente	42,1	150,4	108.3	0,3
1.1.10.06	Cuenta de ahorro	416,4	596,6	180.2	1,21

Fuente: reporte de saldos y movimientos a 31 de diciembre de 2011 y 2012

La cuenta de efectivo corresponde al 2% del total del activo, a 31 de diciembre de 2012, ascendió a \$760.3 millones que, al compararlo con el saldo a 31 de diciembre de 2011 por valor de \$475.5 millones, presenta un incremento porcentual del 60 % en cuantía de \$284.8 millones.

Como se puede observar en el cuadro anterior la cuenta más representativa dentro del efectivo son los depósitos en institución financiera en cuantía de \$747

millones, correspondiente a los dineros con los que cuenta el hospital para el desarrollo de su actividad social

Hallazgo Administrativo

2.3.1. No se realizaron los boletines diarios de tesorería, que soportan el recaudo de los días 26 al 31 de diciembre y que corresponden al saldo de caja, por ser dineros que quedaron pendientes de consignar, la anterior situación conlleva a la no verificabilidad de la información reportada, desconociendo lo contemplado en el párrafo 103 del Plan General de Contabilidad Pública en lo relacionado a la verificabilidad de la información, generando incertidumbre en los saldos reflejados en esta cuenta.

En la vigencia 2012 se constituyeron 2 cajas menores para el manejo de los recursos destinados a atender actividades de carácter urgente en el desarrollo de las funciones misionales así:

Se constituyó la caja menor del hospital la Victoria III nivel vigencia fiscal 2012, según resolución 004 del 2 de enero de 2012, determinando responsabilidad de cuentadante a la secretaria de la subgerencia administrativa y financiera, dineros destinados para las compras necesarias y urgentes determinadas en los rubros de materiales y suministros asistenciales-medicamentos, materiales medico quirúrgicos y adquisición de servicios de salud por valor de \$ 48 millones, con una apropiación mensual de \$ 4 millones, legalizando el cierre de caja menor el 28 de diciembre y el reembolso de los dineros sobrantes a la tesorería mediante recibo No. 626843 por valor de \$ 1.628.418

Mediante resolución 005 del 2 de enero de 2012 se constituyó la caja menor de la subgerencia administrativa y financiera por valor de \$36 millones con una apropiación mensual de \$ 3 millones, el 28 de diciembre se efectuó el cierre de la caja menor mediante desembolso de \$ 840.256 pesos según recibo de caja No. 626859,

A 31 de diciembre quedaron legalizadas las cajas menores de acuerdo a la norma y resolución vigente de creación, con su respectiva conciliación

Depósitos en instituciones financieras

Es importante resaltar que en el balance remitida a través del aplicativo de SIVICOF la cuenta de bancos se denomina depósitos en instituciones financieras, la cual presenta un saldo de \$747.0 millones a 31 de diciembre de 2012, presentando un incremento de \$288.5 millones, con relación a la vigencia anterior por valor de \$ 458.5 millones

Está representado por los saldos en dos (2) cuentas corrientes y ocho (8) de ahorro, que el hospital maneja

En el siguiente cuadro se indica los saldos presentados por cada una de estas cuentas a 31 de diciembre de 2012:

CUADRO 3
DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS A 31 DE DICIEMBRE 2012

Cifras en millones de pesos

Entidad financiera	Número cuenta	Cuenta contable	Saldo según contabilidad
Cuentas corrientes			150.4
Banco Davivienda	00846999988-5	11100504	150.2
Banco BBVA	419009725	11100514	0.2
Cuentas de ahorro			596.6
Banco Davivienda	00840028458-7	11100604	123.5
Banco Agrario	400-70040236-1	11100606	16.2
Banco Agrario	400-70063986-8	11100104	0,00
Banco Davivienda	0084-0068477-8	11100610	1.9
Banco Davivienda	0084-0068486-9	11100611	0.3
Banco Davivienda	00840068487-7	111000612	0.3
Banco Davivienda	0084-0068488-5	11100613	367.3
Banco Davivienda	0084-0069754-9	11100614	87.2
Total			747.0

Fuente: Balance a 31 de diciembre de 2012

CUADRO 4
INFORME SOBRE DISPONIBILIDAD DE FONDOS
A 31-12-2012

Cifras en millones de pesos

DESCRIPCION	(4) SUBTOTAL	(8) TOTALES
Cajas menores y principal	13,3	
Cuentas Corrientes	150,3	
Cuentas de Ahorro	553,5	
Sub-Total		717,1
TOTAL FONDOS DISPONIBLES DE TESORERIA		717,1
TOTAL DISPONIBILIDAD ORDINARIA		717,1

Fuente: CB-0116: informe sobre disponibilidad de fondos

Hallazgo Administrativo

2.3.2. Comparados los saldos de la cuenta anual de la vigencia 2012 que presentó la administración a través de SIVICOF¹, en el mes de febrero de 2012, se pudo establecer que la información, de los formatos CB.0115 informe sobre recursos de tesorería y CB 0116 - informe sobre disponibilidad de fondos, presenta saldos diferentes a los reportados en el balance a la misma fecha, en cuantía de \$29.9 millones lo anterior desconoce lo contemplado en la resolución 034 de 2009 en lo relacionado a la presentación la cuenta, al no disponer de información completa y oportuna como insumo fundamental para el proceso auditor, generando incertidumbre en los saldos reflejados en esta cuenta.

Hallazgo Administrativo

2.3.3. Las cuentas corriente presentaron un saldo de \$150.3 millones a 31 de diciembre de 2012, a pesar de manejar el dinero a través de las cuentas de ahorro no se entiende por qué se registra un saldo tan grande en estas cuentas, lo cual puede generar la perdida de intereses por los dineros allí consignados, desconociendo lo contemplado en los literales e) y f) del artículo segundo de la ley 87 de 1993 en lo relacionado a la guarda y custodia de los recursos de la entidad

Se presentan consignaciones pendientes de registrar en libros por valor de \$66.1 millones desde el 9 de noviembre 2012 al 31 de diciembre, sobreestimando la cuenta de bancos y subestimando los ingresos.

La concentración mayor de efectivo se tiene en la cuenta destinada al manejo del convenio 300 del 2009 y 1741 del 2011 para la adquisición de equipos biomédicos, según informe de tesorería, información que no concuerda con lo reportado en la nota 1 a los estados contables.

La entidad realiza conciliaciones bancarias mensuales, las cuales presentan partidas conciliatorias con una antigüedad razonable de acuerdo al giro normal de sus operaciones

Hallazgo Administrativo

2.3.4. Es de resaltar que los dineros correspondientes a los convenios no se están recibiendo en las cuentas para lo cual fueron constituidas generando incumplimiento de los términos contractuales y por ende falta de control de cada uno de los convenios lo cual puede generar una destinación de los recursos

¹ SIVICOF: Sistema de vigilancia y Control Fiscal.

diferentes para lo cual fueron apropiados Lo anterior desconoce lo contemplado en los términos contractuales

CUADRO 5
ESTADO DE TESORERIA A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

Cifras en millones de pesos

CONCEPTO	PARCIAL	TOTAL
Caja	13,3	
Cuentas Corrientes	150,3	
Cuentas de Ahorro	553,5	
Inversión temporal	0.00	
TOTAL FONDOS DISPONIBLES		717,1
Menos		657.2
Fondos y tesorerías de terceros	0.00	
Fondos con destinación específica	348	
Acreedores Varios	309.2	
TOTAL FONDOS DISPONIBLES		60

Fuente: ESTADO DE TESORERIA A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

La Entidad presentó un total de \$717.1 millones de fondos disponibles en tesorería a 31 de diciembre de 2012, correspondiendo \$347.9 millones, a Fondos con destinación específica y \$309.2 millones destinado para acreedores varios lo cual determina una disponibilidad neta de \$60 millones.

Deudores

En sus activos la cuenta de deudores es la más representativa a 31 de diciembre de 2012, presentando un saldo de \$28.438,7 millones, equivalente al 57,6% del total, clasificados en activo corriente \$22.476,7 millones (45.5%) y activo no corriente \$ 5,962 (12,1%), millones que comparado con el año anterior por valor de \$19.294.2 millones presenta un incremento de \$2.819.9 millones, debido especialmente a la depuración de la cartera, y al aumento generado en cuentas por cobrar de difícil recaudo, por la reclasificación, de las cuentas por cobrar de las entidades en liquidación.

El 79% del total de la cuenta de los deudores esta registrado como activo corriente en cuantía de \$22.476.7 millones y no corriente un 21%. Este grupo se encuentra conformado así:

CUADRO 6
DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

Cifras en millones de pesos

CODIGO	CUENTAS	SALDO A 31-12-12
1.4	DEUDORES	
1.4.09	SERVICIOS DE SALUD	22.114.1
1.4.11	ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	105.3
1.4.20	AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS	2.3
1.4.70	OTROS DEUDORES	550.5
1.4.75	DEUDAS DE DIFÍCIL RECAUDO	13.315.1
1.4.80	PROVISIÓN PARA DEUDORES (CR)	-7.648.6
	TOTAL	28.438.7

Fuente: Estados contables Hospital la Victoria III Nivel E.S.E. a diciembre 31 de 2012

Dentro de las cuentas deudoras el rubro más representativas a 31 de diciembre de 2012, son las Servicios de salud con un 77.76% de participación en el total de la cuenta, las deudas de difícil recaudo por valor de \$13.315.1 millones y las provisiones por valor de \$ -7.648.6 millones correspondiente al 27%.

El incremento mayor se ve reflejado en las deudas de difícil recaudo por la reclasificación de las cuentas por cobrar de mayor antigüedad y entidades en liquidación, de igual manera la facturación radicada del Plan subsidiado que aumento en \$3.975.7 millones debido a la ampliación de los servicios unidad de cuidado de crónicos, toma de TAC, incremento de atención pediátrica por pico respiratorio entre otros, como se enuncia en la nota 11 de los estados contables

Deudores Servicios de Salud

La subcuenta servicios de salud con \$22.114.1 millones constituyen el 78% de la cuenta y el 45% del total del activo, clasificada en el balance dentro del activo corriente un saldo de \$22.114.1 millones, cuenta que presentó un incremento \$2.819.9 millones que equivalen a un 15%, como se enuncia a continuación

CUADRO 7 DEUDORES- SERVICIOS DE SALUD

Cifras en millones de pesos

CODIGO CONTABLE	NOMBRE	SALDO A 31 DIC/12	PORCENTAJE	%
1.4.09	SERVICIOS DE SALUD	22.114.090	44,74	77,76
1.4.09.01	Plan obligatorio de salud POS –EPS	198.857	0,40	0,70
1.4.09.03	Plan subsidiado de salud POSS –EPS	3.342.889	6,76	11,75
1.4.09.04	Servicios de salud- IPS privadas	72	0,00	0,00
1.4.09.06	Servicios de salud – Compañías aseguradoras	0	0,00	0,00
1.4.09.07	Servicios de salud – Particulares	310.827	0,63	1,09
1.4.09.09	Servicios de salud - IPS públicas	0	0,00	0,00
1.4.09.10	Servicios de salud - Entidades con régimen especial	1.241	0,00	0,00
1.4.09.11	Atención con cargo al subsidio a la oferta	0	0,00	0,00
1.4.09.12	Riesgos profesionales – ARP	395	0,00	0,00
1.4.09.13	Cuota de recuperación	0	0,00	0,00
1.4.09.14	Atención accidentes de tránsito SOAT Compañías de seguros	59.213	0,12	0,21
1.4.09.15	Reclamaciones FOSYGA – ECAT	11.059	0,02	0,04
1.4.09.20	Plan obligatorio de salud POS -EPS facturación radicada	1.947.589	3,94	6,85
1.4.09.21	Plan subsidiado de salud POSS -EPS facturación radicada	15.187.864	30,73	53,41
1.4.09.22	Servicios de salud- IPS privadas facturación radicada	3.428	0,01	0,01
1.4.09.25	Servicios de salud - IPS públicas facturación radicada	361.296	0,73	1,27
1.4.09.26	Servicios de salud - Entidades con régimen especial facturación radicada	122.452	0,25	0,43
1.4.09.27	Atención con cargo al subsidio a la oferta facturación radicada	1.858.839	3,76	6,54
1.4.09.28	Riesgos profesionales - ARP facturación radicada	903	0,00	0,00
1.4.09.29	Atención accidentes de tránsito SOAT ? Compañías de seguros facturación radicada	81.905	0,17	0,29
1.4.09.30	Reclamaciones FOSYGA - ECAT facturación radicada	160.739	0,33	0,57
1.4.09.81	Giro directo por abono a cartera régimen subsidiado (CR)	-1.535.478	-3,11	-5,40

Fuente: CGN2005-01 saldos y movimientos a 31 de diciembre 2011 y 2012 Hospital la Victoria III Nivel ESE

Las cuentas por cobrar se incrementaron en \$4.355.4 millones reflejado en las cuentas por cobrar servicios de salud en la cuenta denominada Plan subsidiado de salud POSS -EPS facturación radicada (140921) al pasar de \$11.212.2 millones a \$15.187.9 millones en el año 2012 y a la Plan subsidiado de salud POSS –EPS (140903) al pasar de \$2.446.3 millones a \$3.342.9 millones

De igual manera se generó una disminución significativa en la Atención con cargo al subsidio a la oferta facturación radicada al pasar de \$2.733.6 millones a \$1.858.8 millones en el 2012, además se tiene en cuenta que el giro directo presento un saldo de \$1.535.5 millones negativo.

Dentro de las cuentas por cobrar se presenta una facturación pendiente de radicar por valor de \$ 3.929.746 millones a diciembre de 2012.

El hospital presenta una cartera superior a 180 días y menor a 360 días un valor de \$ 5.195.8 millones y superior a 360 días un saldo de \$11.953.0 millones, lo que permite determinar que se tiene el 51% del total de la cartera con vencimiento superior a seis meses y un 36% supera el año de antigüedad.

Deudas de difícil recaudo

Las deudas de difícil recaudo presentan un saldo de \$13.315.1 millones distribuidos en \$ 3.367.7 millones de entidades en liquidación, \$213.9 millones de entes territoriales y \$1.074.7 millones a nombre del FFDS, que no ha reconocido al hospital, situación que pone en riesgo el hospital, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 8
DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

Cifras en millones de pesos

CÓDIGO CUENTA	NOMBRE	SALDO A 31 DE DIC 2012
1475	Deudas de difícil recaudo	13.315.0
147511	Servicios de Salud	13.315.1
14751101	EPS- Plan Obligatoria de Salud POS	1.009.1
14751102	ARL	5.1
14751103	EPSS- Pla obligatoria de Salud POSS	5.155.6
14751104	IPS Privada-Servicios de salud	36.6
14751105	Entidades Especiales	33.1
14751106	Aseguradora Servicios de Salud	212.1
14751107	IPS Publicas Servicios de Salud	482.9
14751108	FOSYGA	872.5
14751109	Particulares 2003	12.4
14751110	ARS en Liquidación	-
14751111	Vinculados	-
14751112	EPS en Liquidación	40.8
14751113	Cápita	155.6
14751116	Particulares 2004	22.5
14751117	Particulares 2005	17.7
14751118	Particulares 2006	15.1

CÓDIGO CUENTA	NOMBRE	SALDO A 31 DE DIC 2012
14751119	Particulares 2007	9.9
14751120	Particulares 2008	79.9
14751121	Particulares 2009	40.5
14751122	Particulares 20010	258.9
14751123	Particulares 20011	239.3
14751124	Contrato 129 vinculados	413.4
14751125	Contrato 023	62.4
147511216	Contrato 469 Vinculados	197.3
14751127	Biopsias C. Uterino cont., 727/07	25.1
14751128	Conv. Póliza Estudiantil	63.2
14751129	TSH Contrato 470/07	36.8
14751130	Desplazados 811/07	3.0
14751133	TSH Contrato 962/2011	13.8
14751134	Vinculados contrato 930/2011	259.6
14751135	EPS en Liquidación	3.304.6
14751136	Entes Territoriales en Liquidación	18.3
14751137	IPS Privadas en Liquidación	4.0
14751190	Entes Territoriales	213.9

Fuente: Estados contables a 31 de Diciembre de 2012

Provisión para deudores

Hallazgo Administrativo

2.3.5. La Provisión para Deudores por \$7.648.6 millones es menor que las Deudas de difícil Cobro por \$13.315.1 millones, para los saldos arrojados a 31 de diciembre de 2012, esta inconsistencia se originó básicamente por el registro inadecuado de la provisión de cartera, que está subestimando el saldo de la cuenta, los Costos y los Gastos, afectando directamente la utilidad del ejercicio. Lo anterior contraviene lo dispuesto en los párrafos 154 y 155 del Plan General de Contabilidad .Publica.

Hallazgo Administrativo

2.3.6. La cuenta 1480 provisión para deudores a 31 de diciembre, presenta un saldo de \$7.648.6 millones, correspondiente al 16% del total del activo, resultado este que genera incertidumbre debido a la no depuración tanto de cartera corriente como de difícil recaudo, conllevando a que la entidad no tenga la realidad económica de las cifras reflejadas en los estados financieros. Lo anterior

incumpliendo con los párrafos 103 y 104 del Plan General de Contabilidad Pública, es decir que esta provisión debe obedecer al resultado de una evaluación técnica de cada uno de los deudores, teniendo en cuenta variables como son: el grado de incobrabilidad, antigüedad, incumplimiento, insolvencia, entre otras, evaluación que se debe hacer por lo menos al cierre del ejercicio.

De un total de cartera en cuantía de \$28.438.7 millones, se tiene \$11.65.6 millones correspondiente a la facturación pendiente de radicar.

La entidad ha venido adelantando gestiones de cobro y depuración de cartera a través de cobro coactivo y recuperación de cartera de vigencia anteriores en cuantía de \$14.013 millones, además presento para depuración de títulos valores un saldo de \$ 294.9 millones, mediante las fichas técnicas No. 1 y 2 del 2012, teniendo en cuenta la antigüedad de los títulos y el costo beneficio que estas presentaban

Hallazgo Administrativo

2.3.7. Dentro de las acciones de recuperación a través del cobro coactivo se ha llevado a cabo la constitución de títulos de depósito en tesorería por valor de \$4.614.8 millones, documentos que no se encuentran registrados en las cuentas de orden como elemento de control, desconociendo el capítulo II del plan general de contabilidad pública en lo relacionado a la dinámica, por no tener el elemento de control que se debe tener sobre los hechos o circunstancias de las cuales puede generarse derechos que afecten la estructura financiera de la entidad

Propiedad planta y equipo

El rubro de Propiedad planta y equipo, a 31 de diciembre de 2012, ascendió a \$11.505.3 millones que al comparado con el saldo a 31 de diciembre de 2011 por valor de \$11.209.3 millones, presenta un incremento porcentual del 6 % en cuantía de \$138.5 millones sin incluir la depreciación, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 9
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO

Cifras en millones de pesos				
CODIGO CONTABLE	NOMBRE	SALDO 31 DIC 2011	SALDO 31 DIC 2012	DIFERENCIA
1.6	PROPIEDADES. PLANTA Y EQUIPO	4296,2	4.158	-138
1.6.05	TERRENOS	519,2	519,2	0
1.6.35	BIENES MUEBLES EN BODEGA	8,5	7,3	-1

CODIGO CONTABLE	NOMBRE	SALDO 31 DIC 2011	SALDO 31 DIC 2012	DIFERENCIA
1.6.36	PROPIEDADES. PLANTA Y EQUIPO EN MANTENIMIENTO	781,1	796,9	16
1.6.37	PROPIEDADES. PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS	318,5	226,3	-92
1.6.40	EDIFICACIONES	2175,6	2185,7	10
1.6.50	REDES. LÍNEAS Y CABLES		220,2	220
1.6.55	MAQUINARIA Y EQUIPO	136,8	138,9	2
1.6.60	EQUIPO MÉDICO Y CIENTÍFICO	5627,1	6043,4	416
1.6.65	MUEBLES. ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	206	207,6	2
1.6.70	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN	1090	814,9	-275
1.6.75	EQUIPOS DE TRANSPORTE. TRACCIÓN Y ELEVACIÓN	311,1	309,6	-2
1.6.80	EQUIPOS DE COMEDOR. COCINA. DESPENSA Y HOTELERÍA	35,3	35,5	0,2
1.6.85	DEPRECIACIÓN ACUMULADA (CR)	-6913,1	-7321,6	-409

Fuente: Saldos tomados del Balance General a 31 de Diciembre de 2012 y 2011

En el grupo de propiedad planta y equipo presento una disminución de 138,33 millones al pasar de \$4.296,2 millones a \$4,1578 millones en la vigencia 2011, este valor se ve reflejado especialmente en las siguientes cuentas: Equipo médico científico, equipo de comunicación y computación y la provisión para protección de propiedad planta y equipo

Durante la vigencia 2012 se efectuó el inventario actualizando los saldos correspondientes de acuerdo al resultado de faltantes y sobrantes.

Mediante resolución No.389 del 2 de noviembre de 2012 se ordenó la baja definitiva de los bienes muebles obsoletos por valor de \$120.7 millones de equipos de computación y demás accesorios y \$5.6 millones de material susceptible de ser reutilizable a la cooperativa de reciclaje, lo cual se vio reflejado en los movimientos contables.

Se efectuó el seguimiento al plan de mejoramiento determinando que hay una observación relacionada con el rubro de propiedad planta y equipo no explotado, se pudo establecer que mediante resolución 119 de abril 2013 la gerencia aprueba dar de baja unos elementos en cuantía \$248.6 millones, teniendo como soporte el concepto técnico emitido por el profesional responsable, se resalta que el hospital causo un gasto por la destrucción de estos elementos cuando realmente pudo generar una utilidad.

Hallazgo Administrativo

2.3.8. Con relación a la depreciación esta no se está aplicando de manera correcta como se pudo evidenciar en acta suscrito con el responsable del almacén, como resultado de la visita realizada, en la verificación correspondiente a la baja de elementos efectuada mediante la resolución 119 de 2013, situación que afecta el

resultado del ejercicio y el saldo de esta cuenta, al mostrar saldos no reales, desconociendo los contemplado en el Plan general de contabilidad pública.

Hallazgo Administrativo

2.3.9 La entidad no utilizo la figura del martillo ni la venta directa, para la baja de los elementos mencionados en la resolución 119 de 2013, como lo contempla la entidad en el artículo segundo del acuerdo 6 del 4 de abril de 2013, en el cual se autoriza y ordena la baja de bienes inservibles y/u obsoletos, entregándose a una entidad diferente para su destrucción, desconociendo los términos de la resolución 119 de 2013 y el acuerdo 006.del 4 de abril de 2013, suscrito por el presidente de la Junta Directiva del Hospital.

Hallazgo Administrativo

2.3.10. Se evidencio que los documentos que soportan la baja de los equipos médicos que se dieron de baja y que corresponde al concepto técnico para su destrucción, en su mayoría no presentaban firma del responsable de dicho concepto, lo anterior desconoce lo contemplado en los literales f y g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 en lo relacionado a los mecanismos de control.

Para la vigencia 2012 se efectuó la provisión de la propiedad planta y equipo del grupo de equipo de comunicación y computo en cuantía de \$ 25.8 millones.

Cuentas por pagar

El pasivo del hospital la Victoria III Nivel ESE a 31 de diciembre de 2012 ascendió a \$21.865 millones, se refleja un incremento de \$1,030,2 millones equivalente al 5% en relación con la vigencia 2011 que fue de \$20,834,9 millones, siendo las cuentas más representativas las cuentas por pagar con un saldo de \$14.543,3 millones que corresponde al 67% del total del pasivo, en especial el rubro de adquisición de bienes y servicios por valor de \$10.093 millones que corresponden al 46% del total del pasivo, y la cuenta de Acreedores por valor de \$3.151 millones (14 %), Obligaciones laborales y de seguridad social por valor de \$4,767,9 millones. Esta cuenta a 31 de diciembre presento la siguiente conformación

CUADRO 10
COMPOSICION DE LAS CUENTAS PORPAGAR

Cifras en millones de pesos

(4) CODIGO CONTABLE	(8) NOMBRE	SALDO A 31 DIC/11	SALDO A 31 DIC/12	DIFERENCIA	PORCENTAJE
2	PASIVOS	20.834.9	21.865.0	1.030.2	100,00
2.4	Cuentas por pagar	12.921.4	14.543.3	1.621.9	66,51
2.4.01	Adquisición de bienes y servicios nacionales	8.949.1	10.093.0	1.143.9	46,16
2.4.25	Acreedores	2.737.6	3.151.0	413.3	14,41
2.4.36	Retención en la fuente e impuesto de timbre	324.7	308.4	-16.4	1,41
2.4.50	Avances y anticipos recibidos	909.9	555.8	-354.1	2,54
2.4.53	Recursos recibidos en administración	0	435.1	435.1	1,99

Fuente; balance a 31 de diciembre de 2012 Hospital la Victoria

Como se observa en el cuadro anterior las cuentas por pagar aumentaron en \$1.621.8 millones con relación a la vigencia 2011, presentando la mayor representatividad en la adquisición de bienes y servicios nacionales con el 46% del total del pasivo

Adquisición de Bienes y Servicios

El saldo de esta cuenta representa las obligaciones contraídas por la entidad por concepto de adquisición de bienes y servicios, asciende a \$10.093 millones, teniendo obligaciones, con vencimiento mayor a 360 días, en cuantía de \$8.681.9 millones que equivalen al 20% del total de las cuentas por pagar

Hallazgo Administrativo

2.3.11. En la cuenta de avances y anticipos recibidos se tiene un saldo de \$555.8 millones el cual incluye partidas de los contratos 469, 470, 727 del 2007 liquidados, además se registran partidas pendientes de depuración por cartera recaudos de bancos, entre otros, cifras que están en proceso de ajuste. Desconociendo lo contemplado en el párrafo 103 al 106 de PGCP, no ofreciendo información oportuna para satisfacer las demandas informativas de los usuarios con la información contable pública, según las necesidades de los usuarios.

Créditos judiciales

El hospital no meja en sus cuentas por pagar lo relacionado con los créditos

judiciales, para registrar los valores correspondientes a las obligaciones debidamente ejecutoriados.

Provisión para contingencias

La entidad no ha constituido provisión para contingencias por las estimaciones de obligaciones a cargo de la entidad contable pública, ante la probable ocurrencia de eventos que pudieran afectar su situación financiera.

Dichos eventos se deberán reconocer en las respectivas cuentas de orden hasta tanto sean considerados como eventuales o remotos.

La contrapartida corresponde a las subcuentas que integran la cuenta 5314-Provisión para Contingencias. Al no afectar la cuenta de créditos judiciales, no afectan su correlativa en lo relacionada a la provisión por eventos que puedan ocurrir.

Responsabilidades contingentes

En lo relacionado a los litigios y mecanismos alternativos de solución de conflictos, se relacionaron las demandas interpuestas por terceros en contra de la entidad contable, además se incluyeron las pretensiones económicas originadas en cada uno de los conflictos por valor de \$1.543.3 millones, sin presentar diferencia con lo reportado en el SIPROJ.

No se evidenció acción de repetición por los dineros desembolsados correspondiente a los pagos efectuados por los procesos terminados en cuantía de \$ 638 millones

La oficina de contabilidad y jurídica cruzan la información para garantizar la consulta y actualización de los sistemas de información.

Para el manejo de la información se tiene clave de acceso y los registros contables se hacen de acuerdo a los reportes enviados por la oficina jurídica de acuerdo a las contingencias judiciales reportadas en SIPROJ WEB BOGOTÁ.

En cuentas de orden deudoras presenta a 31 de diciembre de 2012 un saldo de \$2.100.2 millones en la cuenta Facturación glosada en la venta de servicios de salud, lo que demuestra la falta de gestión oportuna por parte de la entidad en la conciliación, depuración de recursos desconoce lo contemplado en los literales d e y f de la ley 87 de 1993 en lo que hace referencia a la protección de los recursos

Ingresos

El hospital durante la vigencia 2012 genero ingresos por de cuantía \$74.331.5 millones, correspondiente a la venta de servicios de salud un saldo de \$73.614.7 millones y un valor de \$ 720.2 millones correspondiente a otros ingresos y como ajuste de ejercicios anteriores un valor de 45.9 millones, estableciendo que se está efectuando el registro de ingresos de manera oportuna salvo algunas acepciones

Gastos

Con relación a los gastos el hospital reporto un saldo de \$16.682.4 millones de los cuales corresponden a gastos de administración un valor de \$9.328.1 y como gastos por ajustes de periodos anteriores un saldo de \$ 3.053.9 millones se pudo evidenciar que se están haciendo cobros por servicios bancarios, los cuales son reembolsables con posterioridad de acuerdo a la gestión del hospital.

Evaluación de Control Interno Contable

Hallazgo Administrativo

2.3.12. No se tiene documento que indique la responsabilidad de la salvaguarda de los libros oficiales y demás documentos contables, desconociendo lo contemplado en el párrafo 106 del plan _General de Contabilidad Publica

Hallazgo Administrativo

2.3.13 Los libros auxiliares no permiten conocer el detalle de los registros contables, necesarios para el control de las operaciones, hechos que incumplen lo normado en el numeral 1.2.7.2 del Capítulo III, del Plan General de Contabilidad Pública, en lo referente a las normas técnicas relativas a los libros de contabilidad.

Hallazgo Administrativo

2.3.14. El hospital genera su información al área contable a través de interfaces, a acepción de los registros ocasionados por costos y nomina, información que debe ser digitada por la oficina de contabilidad ocasionando doble trabajo y por ende posible distorsión en la información por error en la digitación, desconociendo lo contemplado en los literales f y g del artículo segundo de la Ley 87 de 1993, en lo relacionado a los elementos de control.

Hallazgo Administrativo

2.3.15. Las notas a los estados contables no se ajustan a lo indicado en la norma por cuanto se está dando información errónea en lo relacionado al concepto de los dineros que se maneja en las cuentas de ahorro y corrientes, que por ser dineros de convenios requieren de un manejo individual de acuerdo a lo contemplado en los convenios

En la cuenta de propiedad planta y equipo la entidad presentó una baja de bienes, sin ninguna depreciación como se evidencio en la resolución 119 de 2013.

En visita a las instalaciones del hospital se determino que se tiene estantes sin la debida protección desconociendo lo contemplado en el literal f de la Ley 87 de 1993, en lo relacionado a la guarda, cuidado y conservación de los bienes.

Los elementos de almacén se encuentran ubicados en los estantes pero estos no presentaron ninguna señalización ni indicación de los elementos que tienen. Se reciben los pedidos de acuerdo a las órdenes y/o contratos suscritos y se pide apoyo del profesional especializado cuando así se requiera.

Se tiene elemento de activos fijos en una bodega contigua al almacén, los cuales están en proceso de revisión para dar soporte técnico de su utilidad o baja cuando estos no permitan ser reparados y no son aptos para el servicio.

Dentro del almacén se tiene algunos equipos como peso balanza, analizador de gases, electro encefalografía, entre otros, según manifestó el responsable corresponde a equipos de mayor valor que se requiere revisar para determinar su utilidad.

En otros estantes se tiene almacenado medicamentos los cuales deberían estar identificados con su nombre, una vez verificados no se evidencio su almacenamiento de manera correcta toda vez que se tiene señalado el orden alfabético, pero efectuadas las pruebas respectivas no se encontraron en este orden, generando incertidumbre en su archivo y conservación.

Con relación a los medicamentos especiales su conservación se hace de acuerdo a la norma.

Verificadas las neveras que contienen los medicamentos se pudo determinar que estas presentan sus controles en debida forma.

En el patio frente al almacén se tiene un stock de canecas de basura, que una vez verificada su existencia se determinó que corresponde a elementos para dar de baja por su mal estado.

Se efectuó visita a la central de mezclas evidenciando que se cumplen los requerimientos para su manejo de acuerdo a la normatividad vigente, se hace nutrición parenteral, adecuaciones estériles, mezclas pediátricas, servicios certificados por el INVIMA, estos servicios se están ofreciendo a los hospitales de la red Centro Oriente, mediante convenios de re-empaque y re-embase, generando un ingreso a favor del hospital.

Se elaboró el instructivo institucional para préstamos de medicamentos entre entidades hospitalarias.

El seguimiento a las fechas de vencimiento de los medicamentos se hace por medio de la semaforización, sin embargo en prueba de campo se observó que la mayoría de los medicamentos no tienen los adhesivos de la semaforización y en otros casos estos no se ajustan al control que el color indica.

No se cuenta con un sistema en línea entre las cuatro (4) sedes que maneja el hospital, generando reprocesos en las áreas de facturación, inventarios y tesorería, como lo indica la entidad en el formato CBN 1019 informe de control interno contable.

Hallazgo Administrativo

2.3.16. el comité de sostenibilidad no se está reuniendo con la periodicidad que contempla la resolución 241 del 24 de agosto de 2010 , toda vez que en el 2012 solo se reunió en cuatro ocasiones

Con la información remitida a través del SIVICOF, en lo relacionado a los formatos de deudores determinando que estos presentan diferencias con los datos remitidos en el balance, y lo reportado a través del sistema.

Hallazgo Administrativo

2.3.17. El hospital no presenta un control de sus cuentas por pagar como se pudo evidenciar con los responsables en el área de presupuesto y tesorería, impidiendo un control oportuno de cada uno de los acreedores lo que incide en la toma de decisiones y por ende se puede generar sanciones por el no cumplimiento de los términos contractuales, desconociendo los literales e y f de la Ley 87 de 1993 en lo relacionado a la protección de los recursos del hospital

Los procesos y procedimientos del área contable se encuentra desactualizados, la última fecha de actualización corresponde al 2007, lo cual deja ver la falta de adopción a las nuevas políticas institucionales y la normatividad vigente desconociendo los elementos de control determinados en los literales f y g del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

2.4. Evaluación al Presupuesto

El presupuesto inicial del Hospital fue aprobado mediante Resolución No. 015 del 27 de octubre de 2011 expedida por el CONFIS y fue liquidado bajo Resolución 0422 del 13 de Diciembre de 2011 por un valor de \$88.292 millones, durante la vigencia se realizaron veinte (20) Traslados presupuestales por valor \$38.434.3 millones y fue adicionado por un valor de \$1.300 millones con base en el convenio N° 2130 del 10 de Diciembre de 2012 por valor de \$5.021.6 millones, los restantes \$3,721,6 millones fueron incorporados al presupuesto mediante una sustitución al disminuir el Rubro FFDS - Atención a Vinculados y aumentar en el mismo valor el rubro Convenios en el Marco del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; los recursos que se adicionaron al presupuesto fueron apropiados para gastos de operación en insumos Hospitalarias por \$1.075 millones y Adquisición de servicios por \$225.0 millones, arrojando un presupuesto definitivo de \$89.592 millones, los cuales fueron distribuidos de la siguiente forma:

CUADRO 11
PRESUPUESTO DEFINITIVO DE LA EJECUCION DE INGRESOS, GASTOS E INVERSION VIGENCIA 2012

(Cifras en millones de pesos)

INGRESOS		GASTOS	
Disponibilidad Inicial	0	Gastos de Funcionamiento	17.347
Ingresos por venta de bienes, servicios y productos	80.103	Gastos de Operación	71.544.8
Otras rentas Contractuales	9.237.9	Gastos de Inversión	700.0
Otros Ingresos No Tributarios	238.7		
Transferencias	0		
Recursos de Capital	12		
Total Presupuesto Ingresos	89.292	Total Presupuesto Gastos	89.292

Fuente: Ejecución Presupuestal a Diciembre 31 de 2012 Hospital La Victoria III NA ESE reportara en SivicoF

El Hospital la Victoria III Nivel ESE, durante esta vigencia ejecutó ingresos por un valor de \$71.496 millones y Gastos por un valor \$88.088 millones, arrojando un déficit presupuestal \$16.592 millones, cifra que se explica primordialmente en la baja ejecución del rubro Ingresos por venta de bienes, servicios y productos que presenta un presupuesto definitivo de \$80.103 millones y tan solo se recaudaron \$61.949 millones equivalente al 77% del presupuesto.

Ejecución Activa

Para la vigencia 2012 el Hospital tuvo un recaudo de Ingresos de \$71.496.8 millones, en el siguiente cuadro se refleja en comportamiento de la ejecución Activa:

CUADRO 12 EJECUCION ACTIVA VIGENCIA 2012

(Cifras en millones de pesos)

RUBRO	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO ACUMULADO	% EJEC.
Ingresos Corrientes	89.580.0	71.425.8	79,73
Rentas Contractuales	89.341.3	71.187.1	79,68
Venta de Bienes, Servicios y Productos	80.103.3	61.949.1	77,34
Otras Rentas Contractuales	9.238.0	9.238.0	100,00
Otros Ingresos no Tributarios	239.0	239.0	100,00
Recursos De Capital	12.0	71.0	591,77
Disponibilidad Inicial	0	0	0,00
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS	89.592.0	71.496.8	79,80

Fuente: Ejecución Activa del Presupuesto a Diciembre 31 de 2012 Hospital La Victoria III NA ESE reportara en SivicoF

Para la vigencia 2012 en lo que corresponde al rubro FFFDS – Atención a Vinculados de un presupuesto definitivo de \$18.072.3 millones, se facturaron \$23.150.5 millones y se recaudaron \$15.914.5 millones, equivalentes al 88%.

Cabe resaltar que con la expedición de los Acuerdos 011 de 29 de enero de 2010, 027 de 11 de octubre de 2011 y 032 de 17 de mayo de 2012 de la Comisión de Regulación de Salud se unificó el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y Contributivo, originando que los eventos NO POS del Régimen Subsidiado que eran facturados a la Secretaria de Salud pasaran a ser facturados a las EPS Subsidiadas, esta reforma produjo que las finanzas de los hospitales tuvieran consecuencias negativas, tal como se muestra en la disminución del valor facturado de este rubro (FFFDS – Atención a Vinculados), ya que en la vigencia 2011 presentó un valor mayor \$31.075.4 millones en comparación con la vigencia 2012 que tuvo un valor por de \$23.150.5 millones que equivalen al 74.4% de la vigencia anterior, adicionalmente las EPS Subsidiadas no efectúan los pagos radicados en su totalidad agravando la situación financiera de la Entidad.

Ante esta situación la facturación del rubro Régimen Subsidiado No Capitado para la vigencia 2012 ascendió a \$39.092 millones, de los cuales se recaudado \$21.460.7 millones equivalentes al 68% del presupuesto definitivo y un 54.9% de lo facturado, mientras que para el año 2011 había sido de \$26.868 millones,

A lo anterior, se debe sumar la liquidación de diferentes EPS que le adeudan al hospital por un valor de \$12.575.3 millones, recursos que difícilmente el hospital recuperara, agravando esta situación; según lo indica su estado de cartera al cierre de la vigencia 2012.

CUADRO 13
CARTERA A 31 DE DICIEMBRE DE 2012

(Cifras en millones de pesos)

ENTIDAD	VALOR CARTERA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETÁ (EN LIQUIDACION)	3.1
CCF DEL ORIENTE COLOMBIANO (EN LIQUIDACION)	12.4
COMFENALCO TOLIMA ARS (EN LIQUIDACION)	167.7
EMDISALUD E.P.S SUBSIDIARIA (EN LIQUIDACION)	790.9
FAMISALUD EPES SUBSIDIARIA (EN LIQUIDACION)	6.2
HUMANA VIVIR S.A EPS – S (EN LIQUIDACION)	7.428.2
SALUD CONDOR EPS –S (EN LIQUIDACION)	2.396.1
SELVASALUD S.S EPS (EN LIQUIDACION)	80.656
SOLSALUD EPS-S (EN LIQUIDACION)	1.689.7
TOTAL A 2012	12.575.3

Fuente: Cartera 31 De Diciembre De 2012 del Hospital La Victoria III NA ESE reportara en SivicoF

En cuanto al rubro de Cuentas por Cobrar - Régimen Subsidiado, reporto un presupuesto definitivo \$11.221.3 millones, finalizando la vigencia con un recaudo de \$9.710.3 millones equivalente al 87% del presupuesto, circunstancias causadas por la gestión de recuperación de cartera.

El rubro de Convenio Docente Asistencial presentó un presupuesto definitivo de \$466.3 millones, se facturaron \$515.9 millones, de los cuales se recaudo el 100%

Ejecución Pasiva

Para la vigencia 2012 los Gastos e Inversión del Hospital fueron liquidados en \$89.592.0 millones de los cuales se ejecutaron un total de \$88.088.7 millones, en el siguiente cuadro se refleja en comportamiento de la ejecución pasiva:

CUADRO 14
EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIÓN VIGENCIA 2012

(Cifras en millones de pesos)

RUBRO	PPTO DEFINITIVO	PPTO EJECUTADO	% EJEC	GIRO PRESUPUESTAL
Gastos de Funcionamiento	17.347.2	16.822.6	96,98	14.647.1
Gastos de Operación - Comercialización	71.544.8	70.602.6	98,68	55.408.5
Inversión	700.0	663.8	94,83	352.0
TORAL PRESUPUESTOS DE GASTOS	89.592.0	88.088.7	98,32	70.407.6

Fuente: Ejecución Pasiva del Presupuesto a Diciembre 31 de 2012 Hospital La Victoria III NA ESE reportara en SivicoF

Gastos de Funcionamiento

El rubro Gastos De Funcionamiento - Generales - Mantenimiento Y Reparaciones para la vigencia 2012 presentó un presupuesto definitivo \$3.276.6 millones equivalente al 3.6% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se ejecutaron \$2.972.2 millones correspondiente al 90.71%. Al final de la vigencia se efectuaron pagos por valor de \$2.301.1 millones correspondiente al 70.23% frente al presupuesto disponible para este rubro.

Gastos de Operación y Comercialización

Con respecto al rubro compra de bienes - insumos hospitalarios - material médico-quirúrgico para la vigencia 2012 reportó un presupuesto definitivo de \$8.531.3 correspondiente al 10% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se ejecutaron \$8.428.5 millones que equivalen al 98.79%. Al final de la vigencia se efectuaron pagos por valor de \$1.934.4 millones correspondiente al 22.87% frente al presupuesto disponible para este rubro.

El rubro Adquisición Servicios - Adquisición De Servicios De Salud reporto un presupuesto definitivo de \$9.626.1 millones, lo que corresponde al 11% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se ejecutaron \$9.542.6 millones que equivalen al 99.65%. Al final de la vigencia se efectuaron pagos por valor de \$7.138.5 millones correspondiente al 74.16% frente al presupuesto disponible para este rubro.

Gastos de Inversión

El rubro Inversión - Dotación De Infraestructura Hospitalaria Del Distrito Capital, para la vigencia 2012 reporto un presupuesto definitivo por un valor de \$700.0

millones, lo que corresponde al 0.78% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se ejecutaron \$663.7 millones que equivalen al 94,83%. Para la compra de veinte (20) equipos biomédicos, señalado a continuación:

CUADRO 15
CONTRATOS DOTACION DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DEL
DISTRITO CAPITAL VIGENCIA 2012

(Cifras en millones de pesos)

Nº	Nº CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATISTA	CDP	CRP	VALOR DEL CONTRATO
1	OCI - 090/12	Adquisición, Instalación y Puesta en Funcionamiento de Equipo biomédico, de conformidad con el requerimiento del Hospital, la propuesta presentada y el cuadro de adjudicación	Lm Instruments SA	Nº 4443 del 14 de Sep. de 2012	Nº 7934 del 15 de Nov. De 2012	132.4
2	OCI - 093/12		Dewimed Colombia SA		Nº 7932 del 15 de Nov. De 2012	53.2
3	OCI - 094/12		Invrecol Ltda		Nº 7931 del 15 de Nov. De 2012	
4	OCI - 016/12		Gil Medica SA		Nº 7933 del 15 de Nov. de 2012	216.6
5	OCI - 092/12		Jomedical Ltda		Nº 7936 del 15 de Nov. De 2012	113.7
6	OCI - 091/12		Draeger Colombia SA		Nº 7935 del 15 de Nov. De 2012	62.2
7	OCI - 098/12		Sanitas Limitada		Nº 9008 del 14 de Dic. De 2012	63.7
TOTAL DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DEL DISTRITO CAPITAL						663.7

Fuente: Carpetas de Contratos 016 -090 – 091- 092 – 093- 094 – 098 de 2012 Hospital La Victoria III NA ESE.

Armonización Presupuestal

Durante los meses de enero a mayo de la vigencia 2012, dentro del Plan de desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, el Hospital conto con un presupuesto de \$700.0 millones, los cuales no se ejecutaron dentro de este Plan de Desarrollo, sin embargo bajo el acuerdo N°13 del 31 de Julio de 2012 la junta Directiva del Hospital armoniza su presupuesto de la siguiente forma:

CUADRO 16
ARMONIZACION PRESUPUESTAL

(Cifras en millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	TRASLADO CONTRA CREDITO	TRASLADO CREDITO
INVERSION	700.0	
DIRECTA	700.0	
BOGOTA POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR	700.0	
Ciudad de Derechos	700.0	

DESCRIPCIÓN	TRASLADO CONTRA CREDITO	TRASLADO CREDITO
Fortalecimiento y provisión de los servicios de Salud	700.0	
Desarrollo de la Infraestructura hospitalaria	700.0	
INVERSION		700.0
DIRECTA		700.0
Plan de desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 20120- 2016 Bogotá Humana		700.0
Eje 1 Una Ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo		700.0
Programa Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad		700.0
Proyecto Prioritario 5: Modernización e Infraestructura de Salud (Otros Gastos en Salud)		700.0
Infraestructura		0
Construcción, reforzamiento, adecuación y ampliación de hospitales		0
Dotación		700.0
Dotación de infraestructura hospitalaria del distrito capital		700.0

Fuente: Acuerdo 13 del 31 de Julio de 2012 – Hospital la Victoria III ESE

El Hospital implementó el proyecto **ADQUISICIÓN PRIORITARIA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE BOGOTÁ D.C., LOCALIDAD CUARTA**, bajo este proyecto la Entidad adquirió veinte (20) biomédicos que se encuentran instalados en el Hospital La Victoria. Los recursos que se registraron en el nuevo Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” para este proyecto en la vigencia 2012 fueron autorizados por la Secretaria Distrital de Salud, teniendo en cuenta que su priorización viene de vigencias anteriores.

Cuentas Por Pagar

El rubro de Cuentas por Pagar Gastos de Funcionamiento reporto un Presupuesto definitivo de \$1.820.7 millones, lo que corresponde al 2% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se comprometieron en un 100% y al final de la vigencia se efectuaron pagos por valor de \$1.739.1 millones correspondiente al 95.5% frente al presupuesto disponible, dejando \$10.2 millones comprometidos sin cancelar.

El rubro de Cuentas por Pagar Gastos de Operación y Comercialización reporto un Presupuesto definitivo de \$12.989.1 millones, lo que corresponde al 14% del total del presupuesto de gastos, de los cuales se comprometieron \$12.989.1 millones que equivalen al 100%. Al final de la vigencia se efectuaron pagos por

valor de \$11.680.5 millones correspondiente al 89.9% frente al presupuesto disponible para este rubro, dejando \$152.6 millones comprometidos sin cancelar.

BALANCE DE TESORERÍA

Para la vigencia 2012 el Hospital, presenta diferencia de \$29.9 millones frente a lo reportado en el Estado de tesorería a 31 de diciembre de 2012, puesto que este indica que la Entidad posee una disponibilidad total de fondos de \$717.1 millones, mientras que el área de Contabilidad registra en su Balance General una Disponibilidad Total de fondos de \$747.0 millones (cuenta Corriente por un valor de \$150.4 millones más Cuenta de Ahorros por un valor de \$596.6 millones). Generando incompatibilidad en la información.

PROGRAMA ANUAL DE CAJA

El Hospital cuenta con el Programa Anual de Caja - PAC a 31 de Diciembre de 2012 ascendió a \$88.292.0 millones valor del presupuesto total aprobado, asumiendo que los ingresos reales fueron menores a los presupuestados, teniendo en cuenta que la norma establece que el PAC es un instrumento de planeación de recaudos y pagos, por lo cual es delicado ajustarse a la ejecución real.

CIERRE PRESUPUESTAL

Para la vigencia 2012 el Hospital La Victoria III N A ESE, el cierre presupuestal arrojó unas Cuentas por Cobrar con un valor de \$22.091 millones, unas Cuentas por pagar por valor de \$17.681 millones y una Disponibilidad Neta de Tesorería de \$59.9 millones para un resultado del ejercicio de \$22.150.9 millones.

CONTROL INTERNO PRESUPUESTAL

Hallazgo Administrativo

2.4.1. Al efectuar pruebas en el área de presupuesto se determinó que los saldos de los libros de presupuesto no corresponden a los de la ejecución activa y pasiva ya que presenta errores en las fórmulas para determinar los resultados, al mismo tiempo las modificaciones presupuestales no se registran en los meses que se expiden, presentando confusión en la información que realmente fue ejecutada, afectando directamente la operatividad del área de Presupuesto, toda vez que los registros debieron ser aplicados en los meses que se expiden y en la forma establecida por la Entidad según el formato de los libros, incumpliendo el literal e de los artículos 2 y 3 de la ley 87 de 1993.

OPINION PRESUPUESTAL

Verificada la información seleccionada como muestra de la auditoria se evidencio que la gestión del área de presupuesto en términos generales cumple con la normatividad a excepción por lo mencionado en el presente informe.

2.5. Evaluación a la Contratación

Durante la vigencia 2012, la entidad, reporto ante el SIVICOF, que celebró 2.266 negocios jurídicos, de los cuales (2.266) fueron contratos principales por una valor de \$23.242.8 millones, suscribió (4.018) adiciones por un valor de \$23.838.3 millones, ejecutando un total de \$63.3 millones; no obstante lo anterior al confrontar la información y las evidencias de la entidad y según certificación del hospital se estableció que la información reportada no corresponde a la realizada, toda vez que en realidad celebro 1.349 contratos principales por una valor de \$17.788.0 millones; realizo 3.948 adiciones a la contratación por un valor de \$27.519.7 millones; suscribió 1248 Órdenes de compra, por una valor de \$10.062.5 millones; para un total de inversión de \$55.370.3 millones.

La escogencia de la muestra se determinó en cumplimiento de la metodología prevista por la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, para efectos de la misma, se tomó como base veintidós (22) contratos por la suma de \$3.292.9 millones, equivalente a un 12% del valor de la contratación celebrada durante la vigencia 2012.

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

CUADRO 17
MUESTRA DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 2012

Cifras en millones de pesos

No.	SUJETO DE CONTROL	No. CONTRATO	VALOR
1	HOSPITAL LA VICTORIA	CPS-1	347,3
2	HOSPITAL LA VICTORIA	CPS-2	323,4
3	HOSPITAL LA VICTORIA	CPS-3	258,3



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4	HOSPITAL LA VICTORIA	CS-6	190.
5	HOSPITAL LA VICTORIA	OS-12	145,1
6	HOSPITAL LA VICTORIA	CPS-735	40,5
7	HOSPITAL LA VICTORIA	OPS-770	28,3
8	HOSPITAL LA VICTORIA	OPS-747	28,3
9	HOSPITAL LA VICTORIA	OA-47	49,5
10	HOSPITAL LA VICTORIA	CS-8	500.
11	HOSPITAL LA VICTORIA	CS-9	190.
12	HOSPITAL LA VICTORIA	OC-AL-1652	54,2
13	HOSPITAL LA VICTORIA	OA-46	115.
14	HOSPITAL LA VICTORIA	OA-68	34.1
15	HOSPITAL LA VICTORIA	CPS-7	650.0
16	HOSPITAL LA VICTORIA	OC-AL-1964	6,7
17	HOSPITAL LA VICTORIA	OC-AL-1965	0,7
18	HOSPITAL LA VICTORIA	OC-AL-1976	1.
19	HOSPITAL LA VICTORIA	OS-80	150.
20	HOSPITAL LA VICTORIA	OS-84	30.
21	HOSPITAL LA VICTORIA	OPS-1161	90.
22	HOSPITAL LA VICTORIA	OS-97	60.
TOTAL			3.292,9

Fuente: La información se tomo del reporte de SIVICOF

Hallazgo Administrativo

2.5.1. En los contratos Nos. C.P.S 001;002; C.S No 006;008;009; O.C No 1652; 1964; 1965; 1976; O.P.S No 735;1161;747; O.S No 012; 089;097;044;047; Y 069; escogidos en la muestra, se pudo verificar que estos carecen de estudios previos, estudios económicos y un análisis de mercado, se puede establecer que en la contratación adelantada hay ausencia de estudios costo-beneficio con el fin de maximizar los recursos destinados en esta clase de contratación; lo que pudo veneficiar a la entidad. Incumpliendo lo establecido en el artículo 8 de la Ley 42 de 1993 y el artículo 3 de la Ley 610 de 2010.

Adicionalmente en estos contratos, no se dio aplicación al manual de contratación Acuerdo 026 de 2011; en lo que se refiere a la escogencia de los proveedores, observándose que solamente se contrataba al único oferente que se presentaba, debiendo haber enviado invitación a por lo menos otros dos proponentes. Igualmente la designación del supervisor a estos contratos, no la firma el ordenador del gasto, sino que lo hace la jefe del área jurídica.

Con lo anterior, se incumplen los principios de la contratación estatal como son; de transparencia, responsabilidad, imparcialidad y economía consagrados en el artículo 3 de la ley 489 de 1998; Principios Constitucionales de la selección objetiva y una debida planeación consagrado en el artículo 209.

Además que se trasgredió lo establecido en el Artículo 21 Literal B, del Acuerdo No 026 de 2011; Manual de la Contratación del Hospital.

Hallazgo Administrativo

2.5.2. En los Contratos de Prestación de Servicios Asistenciales No.342; 343; 365; 434; 436; 438; 440; 443; 449; 450; 473; 476; 487; 746; 749; 799; 867; 868; 900 y 923 de 2012, se observó que no se efectuó un análisis de las diferentes alternativas o soluciones que puedan satisfacer la necesidad de la entidad frente a los costos, beneficios y ventajas o desventajas de cada una de ellas.

No se evidencia ningún tipo de publicidad por parte del Hospital, en la cual convoque a la ciudadanía a participar en estos procesos selectivos; los estudios previos no muestran la forma de selección objetiva que la Entidad debe llevar a cabo para su vinculación,

Igualmente se muestra que el perfil y estudios requeridos se ajustan exactamente a los demostrados por el personal contratado, evidenciándose con este hecho, que la selección no presenta unos parámetros y condiciones preestablecidos, frente a lo cual se buscará y escogerá en varios participantes el profesional con más méritos y calidades en el mercado; para desarrollar el trabajo y suplir dicha necesidad, lo que redundara en el servicio de la entidad.

En la parte contractual, no se presentan los informes del contratista ni del supervisor, evidenciando deficiencias en el control de estos contratos; en el desarrollo del objeto contractual.

Las anteriores observaciones vulneran lo establecido en el artículo 8 de la Ley 42 de 1993 y lo establecido en el artículo 3 de la Ley 610 de 2010. Se transgreden los, Literales a), b) y f) del Artículo 2 de la Ley 87, Artículos 5, 14, 20 y 21 Acuerdo 26 de 2011 Manual de la Contratación del Hospital.

Hallazgo Administrativo

2.5.3. Por la inadecuada labor de supervisión desarrollada en cada contrato objeto de supervisión, situación que se refleja en la entrega de esta responsabilidad a determinados funcionarios; que, además, de esta labor encomendada; deben desempeñar las actividades propias del cargo dentro de la entidad, otorgándoles el control de 797, 90 y 39, y hasta mas contratos; es el caso de la Doctora YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ, quien para el año 2012 tenía bajo su responsabilidad 797 contratos; el señor ORLANDO MARTINEZ HENAO, con 90, y PATRICIA SABOGAL MARTINEZ, con 39 contratos supervisados.

Por otra parte, al observar la documentación que reposa en los contratos Nos. C.P.S 001;002; 003; 007 C.S No 006;008;009; O.C No 1652; 1964; 1965; 1976; O.P.S No 735;1161;747; O.S No 012; 080;097;044;047; Y 069 , objeto de la

muestra, se pudo evidenciar la no realización de la función encomendada a los supervisores, puesto que, dentro de las carpetas faltan los informes de las actividades desarrolladas por los contratistas y por los supervisores, con ello demostrándose que existe una falencia en el control y seguimiento a las actividades de ejecución y al cumplimiento de los objetos contratados por el Hospital. Se incumple la obligación reglada en la Resolución No. 0032 del 20 de marzo de 2007, “*Manual de interventoría y supervisión*”,

Hallazgo Administrativo

2.5.4. Se evidenció que la orden de Suministro No 012 de 2012; se firmó con el objeto de comprar medicamentos para cubrir las necesidades del mes de enero de 2012, pero esta solo fue firmada el 09 de febrero del mismo año, y terminada en el mes de abril del mismo año, lo que hace ver que esta no cumplió su cometido. En el cumplimiento de requisitos, se infringió esta exigencia, ya que el RUT, se encuentra desactualizada, y el Certificado de existencia y representación legal es del año 2011. Se infringe el Acuerdo 026 de 2011.

Hallazgo Administrativo

2.5.5. En el contrato de prestación de Servicios No 007 de 2012, tanto en la Invitación Pública No 005, como en el contrato, no se establece el cobro del A.I.U, no obstante el contratista en el soporte de Facturación, lo relaciona como administración en un 8%; si bien es cierto la ley no lo prohíbe, y una vez haber comprobado que no existe un sobre costo para la administración, este se deberá pactar tanto en el contrato como en la invitación, lo que en el caso no ocurrió. Se infringe el Acuerdo 026 de 2011; Manual de Contratación del Hospital

Hallazgo Administrativo

2.5.6. En los contratos de prestación de servicios de Transporte Automotor de vehículo terrestres, como es el caso del contrato No OPS No 735 de 2012; dentro de la carpeta no obran documentos donde se demuestre la titularidad del vehículo, seguros del mismos; igualmente el hospital no está exigiendo los documentos al personal que será dispuesto para la prestación del servicio, no se exigen antecedentes de este personal, y los conductores prestan su servicio sin que previamente se indague por sus antecedentes tanto de policía como disciplinarios, lo que pone en riesgo a los usuarios del servicio de transporte del hospital como pacientes, al tener incertidumbre de qué tipo de persona los está transportando. Incumpliendo lo establecido en el artículo 8 de la Ley 42 de 1993 y los procedimientos establecidos en el manual de contratación del Hospital, acuerdo 026 de 2011.

2.6. Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social

2.6.1. Plan de Desarrollo

Una vez revisada la información presentada por el Hospital, se evidencia que para la vigencia 2012, actuó en cumplimiento a su Plan de Desarrollo Institucional establecido en el Acuerdo 29 de 2008, de conformidad al tiempo de ejecución 2009 – 2012, presentando para la vigencia su Plan Operativo, Plan de Acción con el fin de cumplir su misión, visión, objetivos y las metas de la organización.

La estructura del Plan de Desarrollo Institucional de la Entidad ejecución 2009 – 2012, está enmarcado de conformidad al Plan de Desarrollo: Bogotá positiva 2008 – 2011 y del Plan de Salud Distrito Capital 2008 -2012, *“orientado al cumplimiento de dos propósitos fundamentales: Lograr legitimidad social al garantizar el acceso de los usuarios a servicios de salud que cumplan con altos estándares de calidad técnica e interpersonal y Sostenibilidad social y económica”*.

En el marco del Plan Operativo Anual, no se evidencia que exista Resolución individual para su aprobación, el cual está diseñado para el cumplimiento de su misión, visión, objetivos y metas. Principalmente presenta cinco (5) niveles; Estratégico, Misional, de Apoyo, Evaluación y Mejoramiento Institucional, en los cuales están contenidos nueve macro procesos con sus respectivos proyectos, metas y actividades, estando definidos de la siguiente manera:

1. Direccionamiento Estratégico, presenta objetivos estructurantes Gestión Pública Efectiva y Transparente y Ciudad de Derechos,
2. Atención y Cuidado en la Prestación de Servicios en Salud, el cual tiene como objetivo estructurante Participación,
3. Atención y Cuidado en la Prestación de Servicios de Salud, con objetivo estructurante Ciudad de Derechos,
4. Gestión de Recursos Físicos, objetivo estructurante Ciudad de Derechos,
5. Gestión del Talento Humano, objetivo estructurante, Gestión Pública y Transparente,
6. Gestión Financiera, presenta como objetivo estructurante Gestión Pública Efectiva y Transparente,
7. Gestión Jurídica, objetivo estructurante Gestión Pública Efectiva y Transparente,
8. Sistemas de Información, presenta como objetivo estructurante Gestión Pública Efectiva y Transparente,
9. Evaluación y Control Institucional, presenta como objetivo estructurante Ciudad de Derechos. Estos Macro Procesos, diseñados con sus programas y propósitos, encaminados a garantizar la atención de sus usuarios y sus familiares en sus diferentes etapas, promoción, prevención, entre otras.

La Entidad para el logro de sus objetivos y metas, presentó en su (POA) cuatro (4) proyectos de inversión, apuntando al mejoramiento y cumplimiento de los estándares en el sistema único de habilitación, definiéndolos de la siguiente manera: 1. Adquisición prioritaria de equipos biomédicos del Hospital La victoria ESE III Nivel de Atención, este aparece en el objetivo estructurante Ciudad de Derechos, encontrándose en el programa de Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, el cual tiene por objetivo *“Mejorar la oportunidad, el acceso, la eficiencia, la seguridad en la prestación de servicios de salud a los usuarios del Hospital La Victoria a través de la adquisición de los equipos biomédicos...(...)”*., este proyecto de inversión fue armonizado al nuevo Plan de Desarrollo Bogotá Humana, en el eje Una Ciudad que Supera la Segregación y la discriminación, contó con un presupuesto para su cumplimiento de \$700.0 millones, el Hospital suscribió siete (7) contratos, ejecutando \$663.7 millones, correspondientes a un 95% del presupuesto, con lo cual cumplió en un 100%, en el logro de la primera meta, estaba definida la compra de 20 equipos biomédicos. Las tres metas restantes constituidas en Reducir en un 30% la cancelación de cirugía por motivos institucionales, Reducir a cero los eventos adversos que se presentan en salas de cirugía por la utilización del electrobistury y Disminuir en un 20% el número de electrocardiogramas por equipo, no se cumplieron para la vigencia 2012, el Hospital aduce que su cumplimiento *“No fue evaluado dado que los equipos fueron entregados en la entidad durante el mes de diciembre de 2012 y enero de 2013”*.

Los tres (3) proyectos de inversión siguientes, como aparecen a continuación: 2. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para la atención materno perinatal en el Instituto Materno Infantil, presenta un presupuesto de \$79.040.5 millones, 3. Ampliación, reordenamiento y reforzamiento estructural del Hospital La Victoria III Nivel ESE, con un presupuesto de \$200.0 millones, y 4. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en el Hospital La Victoria III Nivel ESE, con una asignación presupuestal de \$1.033.7 millones, estos proyectos no se cumplieron para la vigencia 2012. De conformidad a lo antes descrito, se presenta un incumplimiento de las metas establecidas para los proyectos de inversión presentadas en su Plan Operativo Anual.

Hallazgo Administrativo

2.6.1.1. La función de seguimiento y verificación de los logros a las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional, se vieron afectados de conformidad al nivel de cumplimiento de los proyectos de inversión, reflejados en la contratación, logros o metas propuesta con su adquisición, los cuales están encaminados al mejoramiento y cumplimiento de los estándares en el sistema único de habilitación, afectando directamente la prestación de los servicios, y la gestión en el cumplimiento de las metas planteadas en el objetivo estructurante

Ciudad de Derechos, programa de Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, ocasionado por deficiencias en la planeación y evaluación y seguimiento de la acción, perdiendo el Hospital la oportunidad en mejorar la calidad del servicio y aumento de su producción. De conformidad al Nivel 3 de Apoyo 3.2. Gestión de Recursos Físicos. Incumpliendo con los literales b,d,h,f del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En el macroproceso de Direccionamiento Estratégico, el cual tiene como objetivo estructurante Gestión Pública Efectiva y Transparente, programa Institucional Integral, el cual presenta como propósito: *“Definir la ruta organizacional encaminada al cumplimiento de la Plataforma Estratégica con parámetros de calidad, eficacia, eficiencia que garanticen los resultados en términos de rentabilidad social y sostenibilidad económica, con la participación activa de todos los funcionarios públicos y comunidad organizada”*, presenta el proyecto Fortalecimiento de la Gestión y la Planeación, relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de La Calidad – PAMEC.

El anterior programa, presenta cumplimiento en los procedimientos de Diseño y Formulación del PAMEC, se evidencia el logro del documento, para su consulta está en la página Web del Hospital, el procedimiento Autoevaluación para el PAMEC, la entidad cuenta con una matriz de autoevaluación que permite la revisión de los avances y desarrollos de cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de la misma forma presenta avances en los procedimientos priorización de procesos, definición de la calidad esperada (Estándares), Medición inicial del desempeño de los procesos.

De conformidad a el planteamiento inicial realizado en el año 2009, Entidad establece como prioridad el proceso para ser Acreditados, presentando avances en los procedimientos Autoevaluación o ciclo de preparación para la Acreditación, Número de autoevaluaciones, Informe de autoevaluación, no presenta cumplimiento o avances en los procedimientos de solicitud de acreditación (Aplicación a la Acreditación), evaluación, visita de evaluación, Informe de evaluación, decisión de acreditación, notificación de la decisión de la junta de Acreditación a las instituciones, Apelación y seguimiento.

La gestión para la Acreditados en el Plan de Desarrollo Institución vigencia 2009 – 2012, muestra que en el año 2009 obtiene una evaluación de 1,66, para el año 2010 no presenta avances, en el año 2011 una evaluación de 1.93, obtiene un indicador de cumplimiento de 2 y lo correspondiente a la vigencia 2012, presenta una autoevaluación de 1,15, las dos primeras Autoevaluaciones bajo los estándares de la Resolución 1445 de 2006 y la última con la autoevaluación de la Resolución 123 de 2012. El proyecto de Acreditación del Hospital no muestra la existencia de condiciones básicas definidas por el ente rector.

La justificación de la meta de Acreditación, es el fortalecimiento de cada una de las áreas del Hospital, encaminadas al mejoramiento continuo de la entidad y ser reconocida en su campo, como una entidad Acreditada en la prestación de los servicios que brinda a sus usuarios, permitiendo el mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes y en la mayor credibilidad en cada uno de sus procesos y procedimientos, lo cual facilita el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional Propuesto.

El proceso de Acreditación no presenta un periodo de transición, es decir un tiempo promedio de preparación, lo cual hubiera permitido que no se perdiera lo que se había avanzado, recursos invertidos, no muestra que tenga posibilidad de manera inmediata avances a los niveles mayores de exigencia, que apunten al logro de la Acreditación por parte de la firma certificadora. Su planteamiento aparece desde el año 2009, en su Plan de Desarrollo Institucional, que para la fecha está definida como una Fortaleza Institucional presentando avances, para el año 2010 la entidad no muestra ningún resultado al respecto, para el 2011 presenta avances y para el año 2012 muestra un retroceso en su autoevaluación y lo justifica por el cambio de normatividad, para el seguimiento y cumplimiento de esta meta, aparecen dos indicadores de calidad con un nivel de 3,7%, los cuales están sobrevalorados, son ambiguos, no aparecen responsables, el nivel de avance de la autoevaluación, no muestra porcentajes de cumplimiento por etapas definidas. Desde hace cuatro años la Entidad proyectó la Acreditación y para la vigencia 2012, la misma no avanzó comparada con los años 2009 y 2011, incumpliendo con la Meta 1: Realizar lo pertinente para la Acreditación. 1.1.2. Proceso de control y seguimiento institucional.

Hallazgo Administrativo

2.6.1.2. La Entidad presenta en el Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2012, como fortaleza la Acreditación, para el año 2009 evidencia avances, en el 2010 no tiene resultados, en el 2011 presenta avances y para el 2012 se evidencia retroceso en su autoevaluación y lo justifica por el cambio de normatividad, para el seguimiento y cumplimiento de esta meta, aparecen dos indicadores de calidad con un nivel de 3,7%, los cuales están sobrevalorados, son ambiguos, no aparecen responsables, el nivel de avance de la autoevaluación, no presenta porcentajes de cumplimiento por etapas definidas, no establecen los recursos que fueron invertidos, desde hace cuatro años la Entidad proyectó la Acreditación y para la vigencia 2012, la misma no avanzó comparada con los años 2009 y 2011. Afectando directamente la gestión del Hospital, el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de sus funciones. Incumpliendo la Meta 1: Realizar lo pertinente para la Acreditación ubicada en el Proceso de control y seguimiento institucional, Fortalecimiento de la Planeación y la Gestión, En el macroproceso

de Direccionamiento Estratégico. Vulnerando los literales b,d,h del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

La entidad actuó de conformidad a su capacidad instalada para la vigencia 2012, mostrando una variación comparada con el año 2011, presenta dieciocho (18) conceptos, de los cuales hay un aumento de cinco (5) camas de hospitalización, siete (7) camas para adultos y una disminución de dos (2) camas pediátricas, los quince (15) conceptos restantes se mantuvieron en la vigencia, lo anterior indica que para atender la demanda en su capacidad instalada, su aumento fue mínimo y en cambio donde se debió fortalecer en las camas Pediátricas por ser el servicio líder el Hospital en el Distrito Capital de conformidad a las estadísticas, muestra deficiencia por que presenta una reducción de la oferta, como se evidencia a continuación en el cuadro 18:

CUADRO 18
CAPACIDAD INSTALADA VIGENCIA 2012

CONCEPTO	AÑO		VARIACION
	2011	2012	
Camas de hospitalización	332	337	5
Camas Adulto	143	150	7
Camas Pediátricas	87	85	-2
Camas de cuidado intensivo Neonatal	16	16	0
Camas de cuidado intensivo pediátrico	0	0	0
Camas de cuidado intensivo adulto	8	8	0
Camas de cuidado intensivo Quemados	0	0	0
Camas de cuidado intermedio Neonatal	40	40	0
Camas de cuidado intermedio pediátrico	6	6	0
Camas de cuidado intermedio adulto	8	8	0
Camas de cuidado intermedio Quemados	0	0	0
Salud Mental	24	24	0
Camas de observación	12	12	0
Consultorios de consulta externa	34	34	0
Consultorios en el servicio de urgencias	4	4	0
Salas de quirófanos	5	5	0
Mesas de partos	2	2	0
Número de unidades de odontología	1	1	0

Fuente: Planeación Hospital La Victoria ESE III Nivel

En cumplimiento de su Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2012 y de conformidad al Plan Operativo Anual vigencia 2012, de los indicadores de

producción presentados por el Hospital, se tienen como muestra cuarenta y seis (46), de los cuales veintiséis (26) indicadores de producción no cumplieron la meta, correspondiente al 57%, resalta su baja producción sala ERA, consulta nutrición y dietética, consulta cirugía plástica, prueba anticore (19542), entre otros, cuatro (4) estuvieron por debajo del 50% de cumplimiento, cuatro (4) indicadores entre el 50 y el 70%, y catorce (14) indicadores entre el 71 y el 91% de cumplimiento rango de aceptabilidad, destacando los servicios de consulta ortopedia, consulta neurología, consulta cirugía maxilofacial, citologías, consulta ginecología y oncología, entre otras, su detalle se muestra en el cuadro 19 que se presenta a continuación:

CUADRO 19
INDICADORES DE PRODUCCION 2012 Y METAS, CON BAJO CUMPLIMIENTO

DESCRIPCION	AÑO 2012 EJECUTADO	META ESTABLECIDA	% DE CUMPLIMIENTO
Sala ERA	70	227	31%
Consulta nutrición y dietética	869	1.968	44%
Consulta cirugía plástica	720	1.568	46%
Prueba anticore (19542)	540	1.157	47%
Laboratorios	758	1.503	50%
Actividades hx día adultos	3.336	6.255	53%
Atenciones de urgencias de medicina general	18.861	33.676	56%
TSH	25.157	37.463	67%
Consulta ortopedia	5.397	7.460	72%
Consulta neurología	3.384	4.564	74%
Consulta cirugía maxilofacial	481	604	80%
Citologías	163.361	202.361	81%
Consulta ginecología y oncología	21.571	26.304	82%
Consulta pediatría	10.575	12.857	82%
Consulta anestesia	1.731	2.100	82%
Consulta salud mental (incluye psi)	8.054	9.744	83%
Consulta cirugía general	3.540	4.204	84%
Consulta (sin consulta prioritaria)	72.999	85.386	85%
Egresos de recién nacidos básicos	3.158	3.567	89%
Atenciones de urgencias (incluye prioritarias)	50.367	55.879	90%
Consulta otorrino	1.874	2.076	90%
Egresos de pediatría	8.403	9.239	91%
Egresos de ginecología	9.988	10.160	98%
Egresos quirúrgicos	2.110	2.143	98%
Cirugías presentados urología	141	143	99%
Consulta genética	794	804	99%

Fuente: Información Oficina Planeación Hospital La Victoria ESE III Nivel

De los 46 indicadores de producción, Veinte (20) superaron el 100% de cumplimiento, correspondientes al 43%, de los cuales cinco (5) llegan hasta el 110% de cumplimiento, destacándose Consulta dermatología, Pacientes servicio de oxígeno domiciliario, Urgencias de pediatría (incluye prioritarias), entre otros y las quince (15) restante van desde el 119 al 224%. Destacándose egresos de salud mental, terapia de lenguaje, consulta oftalmología, atenciones de urgencias de ginecología, terapia ocupacional entre otras, dando como resultado final una desviación entre las metas propuestas y las alcanzadas, las cuales deben ser motivo de revisión por parte el área correspondiente. Como se evidencia en el cuadro 20 que se presenta a continuación:

CUADRO 20
INDICADORES DE PRODUCCION 2012 Y METAS, CON ALTO CUMPLIMIENTO

DESCRIPCION	AÑO 2012	META	CUMP
Consulta dermatología	2.241	2.198	102%
Pacientes servicio de oxígeno domiciliario	195	189	103%
Consulta medicina interna	5.093	4.916	104%
Urgencias de pediatría (incluye prioritarias)	15.222	13.928	109%
Cirugías presentados otorrino	110	100	110%
Cirugías ginecología y oncología	4.187	3.514	119%
Cirugías ortopedia	1.064	877	121%
Consulta estomatología	882	724	122%
Cirugías plástica	381	301	127%
Intervenciones qx sala de partos	8.326	6.540	127%
Terapia física	28.155	21.879	129%
Laboratorios	341.521	251.566	136%
Cirugías general	2.443	1.605	152%
Banco de sangre	4.969	3.096	160%
Egresos de salud mental	1.037	633	164%
Terapia de lenguaje	9.794	5.926	165%
Consulta urología	2.783	1.676	166%
Consulta oftalmología	3.010	1.620	186%
Urgencias de ginecología (incl prioritarias)	16.284	8.276	197%
Terapia ocupacional	11.854	5.282	224%

Fuente: Información Oficina Planeación Hospital La Victoria ESE III Nivel

Comparada la producción de la vigencia 2012, con respecto a la vigencia 2011, se analizaron cuarenta y tres (43) indicadores de producción, diez (10) presentan reducción, resaltando consulta de medicina general de urgencia, con una reducción del 23,5%, exodoncias (cualquier tipo) con un 16.2%, superficies obturadas (cualquier material) con un 12.7%, partos por cesáreas con un 8.5% y

siete (7) presentan su producción en cero (0), mostrando deficiencia en las estrategias de mercado, toda vez que existía una capacidad instalada que presenta baja en su producción y por consiguiente deficiencia en el rendimiento social y pérdida en su facturación por pacientes dejados de atender durante la vigencia, de la misma forma se evidencia unos servicios puestos al mercado que no presentan ningún tipo de cliente en su atención, como se aprecia en el cuadro 21 siguiente:

CUADRO 21
INDICADORES DE PRODUCCION 2011 – 2012 BAJA PRODUCCION

VARIABLE	AÑO 2011	AÑO 2012	VARIACION	% VARIACION
	Total	Total		
Consultas de medicina general urgentes	24.516	18.751	-5.765	-23,5
Dosis de biológico aplicadas	15.704	14.472	-1.232	-7,8
Superficies obturadas (cualquier material)	5.082	4.438	-644	-12,7
Días estancia de los egresos salud mental	9.322	8.858	-464	-5
Egresos obstétricos (partos, cesáreas)	8.781	8.472	-309	-3,5
Estancia Cuidados Intensivos	6.956	6.666	-290	-4,2
Partos por cesárea	2.329	2.130	-199	-8,5
Egresos quirúrgicos	2.285	2.110	-175	-7,7
Exodoncias (cualquier tipo)	998	836	-162	-16,2
Cuidados Intermedios.	13.705	13.572	-133	-1
Controles de enfermería	0	0	0	0
Controles de enfermería de P y P	0	0	0	0
Consultas de medicina general electivas	0	0	0	0
Consultas de odontología (valoración)	0	0	0	0
Sellantes aplicados	0	0	0	0
Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	0	0	0	0
Sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	0	0	0

Fuente: Indicadores de Producción 2011 - 2012 Oficina de Planeación Hospital La Victoria

De los cuarenta y tres (43) servicios, veintiséis (26) presentan crecimiento de conformidad al aumento de la producción vigencia 2012 versus 2011, de conformidad al crecimiento de la prestación de servicios de salud del Hospital, resaltando un destacado margen de aumento en consultas electivas profesionales (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras) con un 31.9%, sesiones de odontología realizadas con un 28,6%, sesiones de terapias físicas realizadas 25,8% y con aumento por debajo del 20% los servicios de Cirugías grupos 20-23, tratamientos terminados, imágenes diagnósticas, no se evidencia que el aumento de la producción sea motivo de estrategias del Hospital, si no como producto de la fluctuación en la demanda, como se muestra a continuación en el cuadro 22 Servicios con Aumento de Producción:

CUADRO 22
INDICADORES DE PRODUCCION 2011 – 2012 EN AUMENTO

VARIABLE	AÑO 2011	AÑO 2012	VARIACION	% VARIACION
	Total	Total		
Sesiones de terapias respiratorias	61	62	1	1,6
Cirugías grupos 20-23	167	191	24	14,4
Cirugías grupos 11-13	1.043	1.093	50	4,8
Pacientes en Cuidados Intermedios	3.072	3.144	72	2,3
Salud mental	962	1.037	75	7,8
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	823	911	88	10,7
Consultas de medicina especializada urgentes	25.014	25.103	89	0,4
Citologías cervicovaginales	0	99	99	N/A
Tratamientos terminados	1.353	1.541	188	13,9
Cirugías grupos 7-10	3.266	3.508	242	7,4
Egresos no quirúrgicos	9.419	9.670	251	2,7
Cirugías grupos 2-6	4.680	4.935	255	5,4
Partos vaginales	3.906	4.190	284	7,3
Estancia egresos obstétricos (Partos, cesáreas)	18.912	19.210	298	1,6
Pacientes en Observación	3.462	3.789	327	9,4
Sesiones de odontología realizadas	1.310	1.685	375	28,6
Egresos quirúrgicos	12.503	12.942	439	3,5
Consultas Psicología, Nutricionista, Optometría	1.667	2.199	532	31,9
Cirugías realizadas (Sin partos y cesáreas)	9.156	9.727	571	6,2
Sesiones terapias (respiratorias y físicas)	21.236	22.086	850	4
Consultas de medicina especializada	78.980	80.153	1.173	1,5
Egresos No quirúrgicos	49.637	52.990	3.353	6,8
Estancia de los egresos	90.374	94.000	3.626	4
Imágenes diagnósticas tomadas	59.679	65.174	5.495	9,2
Sesiones de terapias físicas realizadas	22.389	28.155	5.766	25,8
Exámenes de laboratorio	327.765	368.351	40.586	12,4

Fuente: Oficina de Planeación Hospital La Victoria ESE III Nivel

Lo anterior, permite establecer que la Entidad cumplió con su misión institucional de conformidad a los indicadores de producción presentados en un contexto operacional, pero con deficiencias en su planeación que estaban relacionados directamente en el Plan de Acción, el cual tiene como función controlar estas variaciones operacionales, cumpliendo con la formalidad, su actuar está relacionado con los servicios que ofrece a sus pacientes, para la vigencia 2012 no son cambiantes, lo que permite establecer deficiencias en su planeación.

De conformidad a los indicadores de producción y sus metas, la Entidad para la vigencia 2012, estuvo encaminada al cumplimiento de sus Objetivos

Institucionales, cumpliendo en forma parcial con el Nivel Misional, relacionado con los procesos de Atención al Usuario, Apoyo Técnico y de Gestión, Promoción y Prevención, Atención en consulta externa, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico y Rehabilitación. Lo anterior significa que sus metas estuvieron marcadas por no llegar en muchos casos al 100%.

Hallazgo Administrativo

2.6.1.3. Las metas proyectadas en los servicios de sala era, consulta nutrición y dietética, consulta cirugía plástica y prueba anticore (19542), estos servicios estuvieron por debajo del 50% de cumplimiento. Servicios de laboratorio, actividades hx día adultos, atención de urgencias de medicina general, tsh, laboratorios, consulta ortopedia y consulta de neurología el cumplimiento de las metas están por debajo del 80% y comparada la producción de la vigencia 2012 con respecto a la vigencia 2011, diez (10) indicadores de producción presentan reducción, destacándose consultas de medicina general urgentes con una reducción del 23,5%, exodoncias (cualquier tipo) con un 16.2%, superficies obturadas (cualquier material) con un 12.7%, partos por cesáreas con un 8.5%. lo anterior, muestra que las actividades del actuar y verificar Presentan deficiencias en el Plan de Acción en los controles y actividades que permitan los ajustes en tiempo real de las metas propuestas, lo que ocasionó el incumplimiento de las metas presentadas en el Macroproceso: Direccionamiento Estratégico, Objetivo estratégico: Ciudad de Derechos, establecidos en los Programas Garantía del aseguramiento y atención en salud, Programa Fortalecimiento, provisión en servicios de salud. Garantía del aseguramiento - Atención en salud y Bogotá Sana, los cuales están previstos en el Plan Operativo Anual del Hospital Vigencia 2012. Se incumplen los literales b y d del artículo 2 de la ley 87 de 1993.

Conforme a la gestión presentada por la Entidad, no se evidencia que exista registros en los cuales muestre arreglos en su planta física, por tal razón, se realizó recorrido a la fachada costado sur oriental, parte norte de la institución y al área administrativa, con el fin de establecer o comprobar el estado físico del Hospital, encontrando que existen fisuras y grietas profundas y de gran extensión en las paredes tanto de la fachada como la del área administrativa, lo que genera riesgo de accidentalidad para pacientes, visitantes y funcionarios, por posibles caídas de muros y paredes. Es de resaltar la importancia de contar con una planta física en óptimas condiciones que permita la atención segura, toda vez que es una organización prestadora de salud de III Nivel, la cual atiende alto volumen de pacientes.

2.6.2. Balance Social

De conformidad a la revisión de la información presentada en el Informe de Balance Social, de acuerdo con la rendición de la cuenta anual para la vigencia 2012, esta fue entregada de conformidad a los términos y forma establecidos por el Ente de Control.

En lo relacionado a la evaluación al Balance Social, la Entidad muestra como marco principal El Acuerdo 489 de 2012, por el cual se Adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Publicas para Bogotá D.C. 2012-2016 Bogotá Humana, presenta de manera clara y concreta en su balance social, dos (2) problemas sociales a dar solución con sus causas y efectos, el No.1 Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna y Perinatal, La problemática No. 2, la define como la Estrategia de Servicios en la Unidad de Cuidados para Pacientes Crónicos.

El Hospital con el objeto de aportar al cumplimiento del Plan de Desarrollo 2012 – 2016: “tiene un propósito consolidar e implementar un modelo de atención integral humanizado, participativo, intersectorial e incluyente, que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá y que garantice el acceso en condiciones de universalidad, equidad, calidad y calidez. Para el cumplimiento de estas metas propone un plan integral para la disminución de la mortalidad materna y perinatal, con un enfoque preventivo basado en atención primaria en Salud, con trabajo en redes de manera integral tanto pública como privada. La propuesta está desarrollada en: • Formación al personal en la Competencias para la atención de la mujer en edad fértil. • Soporte Asistencial efectivo y continuo en todos los niveles de complejidad. Establece unas líneas de acción como: • La Regulación de la Fecundidad. • El Control Prenatal. • La Atención del parto y las Complicaciones. • La Adaptación Neonatal. • El Control Post Parto, muestra intervención en las principales causas de la Muerte Directa tales como: Hemorragias, Infecciones, trastornos, hipertensión del embarazo y con morbilidad. Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal”².

Para la primera problemática, presenta una propuesta encaminada a la formación personal en la competencia para la atención de la mujer en edad fértil, soporte asistencial efectivo y continuo en todos los niveles de complejidad, para su logro establece unas líneas de atención relacionadas con la Regulación de la

² 1. Informe Balance Social Hospital La Victoria Página 32

Fecundidad, el Control Prenatal, la Atención del Parto y las Complicaciones, la Adaptación Neonatal, el Control Post Parto, presentando intervención en las principales causas de la muerte directa.

De conformidad a la información presentada, la Entidad atendió 6.235 entre Partos y Cesáreas correspondiente al 19.1% del total de 32.709 entre partos y cesáreas que atendió la Red Adscrita, ocupando de esta manera el primer lugar de los 20 hospitales públicos del Distrito Capital, indicando que hubo rentabilidad social en la parte asistencial del servicio.

En respuesta a dar solución a la segunda problemática, plantea que para atender la población objetivo, cuenta con una Unidad de Crónicos Ventilados para prestar atención integral a los usuarios que requieran el servicio, describe su parte operacional representada en su infraestructura, recurso humano especializado en algunos casos las 24 horas, resaltando que cuenta con transporte ambulancia medicalizada.

La demanda potencial del Hospital, establece que se encuentra ubicada la población objetivo en las Localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Santa Fe, Mártires y Candelaria. Presentado su respectiva estadística y concentra su operatividad en la Localidad de San Cristóbal, y las menciona para los años 2011, 2015, 2020 y 2025, conformada la demanda potencial para el año 2011 (Subsidiado + Vinculado + Contributivo), para un total de 1.127.911 personas correspondiente al 50,64% mujeres y 49,36% hombres, de los cuales 33,47% pertenecen al régimen subsidiado, el 25,67% corresponden al régimen vinculado, resaltando el 40,85% los cuales pertenecen al régimen contributivo, la anterior información el Hospital la detalla específicamente por grupos etarios, lo que facilita el desarrollo y puesta en marcha de planes y programas.

Para la vigencia 2012, la Entidad realizó convenios Interadministrativos con los Hospitales Centro Oriente, Chapinero Fontibón, Vista Hermosa, Sur, Paulo VI Bosa, Rafael Uribe Uribe, Suba, San Cristóbal, Tunjuelito, Usaquén Nazareth, Occidente de Kennedy, Usme, Tunal y Engativa, dichos convenios consistentes en la prestación de algunos servicios en salud, principalmente en procesamiento de TSH y procedimiento de muestra y lectura de citología vaginal.

Lo anterior, indica la reconstrucción de los problemas sociales y los instrumentos operacionales con los cuales contó para la solución a cada una de las problemáticas analizadas, mostrando de conformidad a su misión una rentabilidad social en sus estadísticas, las cuales son producto de la prestación del servicio ofrecidos en el mercado.

En lo que respecta a los cuatro últimos meses de 2011 y los primeros cuatro meses de 2012, el Hospital La Victoria, refleja una capacidad instalada de 17 camas para el área de crónicos no ventilados, las cuales fueron ocupadas en un 100% en los últimos 7 meses de esa vigencia, dejando de atender treinta y cuatro (34) pacientes, lo que evidencia una falencia en la atención y definición de la problemática que se presenta en las áreas de influencia del Hospital, como se aprecia en el cuadro 23 siguiente:

CUADRO 23
PRODUCCION DE SERVICIO CRONICO NO VENTILADO

Capacidad Instalada	2011				2012			
	Sept	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr
No. Camas	17	17	17	17	17	17	17	17
Usuarios	8	17	17	17	17	17	17	17
% Ocupacional	47%	100	100	100	100	100	100	100
Demanda Insatisfecha	0	2	4	2	8	6	4	8

Fuente: Oficina Asesora de planeación Hospital La Victoria

Las estadísticas presentadas en la problemática No. 2, relacionada con la Estrategia de Servicios en la Unidad de Cuidados para Pacientes Crónicos, están desactualizadas y en algunos casos no muestran la vigencia a la cual se están refiriendo, de la misma forma, este informe de Balance Social refleja parcialmente la problemática de las localidades de influencia de la Entidad.

Para la vigencia 2012, sus actuaciones apuntaron al cumplimiento de su Plan de Desarrollo Institucional establecido mediante Acuerdo 29 de 2008, de conformidad a su tiempo de ejecución 2009 – 2012, Estableciendo un Plan Operativo, Plan de Acción con el propósito de lograr sus objetivos y metas de la organización en marcados en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva y presenta el informe de Balance Social, como marco principal El Acuerdo 489 de 2012, por el cual se Adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Publicas para Bogotá D.C. 2012-2016 Bogotá Positiva. Lo anterior no es compatible entre su Plan de Desarrollo (POA, Plan de Acción) y los resultados presentados en su Balance Social, el cual fue de conformidad al Plan de Desarrollo Bogotá Humana, proyectos y programas del Hospital, no muestran su fortalecimiento en las áreas destinadas para dar solución a la problemática planteada en el informe, dado que en alguna de ellas para la vigencia 2012 reducen su capacidad instalada, al igual que no presenta gestión en la adecuación de las áreas físicas de sus instalaciones, lo que permitiría la optimización de su rentabilidad social.

En terminos generales el Hospital presenta rendimiento social en su gestión, pero de conformidad a la información presentada y a las evidencias su rendimiento debio ser mayor a sus estadísticas.

Hallazgo Administrativo

2.6.2.1. Las estadísticas presentadas en la problemática No. 2, relacionada con la Estrategia de Servicios en la Unidad de Cuidados para Pacientes Crónicos, están desactualizadas y en algunos casos no aparece la vigencia a la cual se están refiriendo, de la misma forma, este informe de balance social refleja parcialmente la problemática de las localidades de influencia de la Entidad y al igual que presenta como marco principal El Acuerdo 489 de 2012, por el cual se Adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Publicas para Bogotá D.C. 2012-2016, y su actuar para la vigencia 2012 según su Plan de Desarrollo Institucional esta de conformidad al Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, lo que permite establecer que no existe compatibilidad entre el actuar y el informe de Balance Social, presentando deficiencia en la investigación y en la planeación. Lo anterior, no permite tener como referencia la realidad, dejando de lado otras problemáticas que afectan directamente a la población de influencia, afectando directamente la rentabilidad social esperada por la Entidad. Incumpliendo con el literal e del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

2.7. Evaluación a la Gestión Ambiental

Al encontrarse el Hospital la Victoria inmerso en el Grupo 2. Del título **NIVELES DE EVALUCION** de los lineamientos macro correspondientes a Entidades Distritales que no forman parte del SIAC, pero que son ejecutoras complementarias del PGA del Distrito y su instrumento de planeación ambiental es el Plan Institucional de Gestión Ambiental –PIGA- se procede a revisar la información correspondiente al componente.

Para la evaluación de la Gestión Ambiental se toma como referencia la información reportada por la entidad en el formato del aplicativo SIVICOF GRUPO 2 CB-1112 en acatamiento de los lineamientos de la Dirección sectorial.

La concertación del Plan Institucional de Gestión Ambiental con la Secretaria Distrital de Ambiente; se realizó mediante acta de fecha 29 de junio de 2012, así mismo la designación del gestor ambiental se llevó a cabo con la resolución interna 0132 de 12 de Mayo de 2010, encargándose al jefe de la oficina asesora de planeación.

La radicación del PGIRSH ante la Secretaria Distrital de Ambiente fue realizada en fecha 08 de julio de 2011, incluye el Hospital La Victoria III nivel E.S.E sede principal y sede 2 del Instituto materno infantil.

Mediante resolución No. 0191 del 19 de Junio de 2009 la cual se conforma el grupo en cargado del diagnóstico de residuos Hospitalarios.

La entidad tiene constituido el comité de Gestión Ambiental creado mediante resolución 271 del 16 de Julio de 2012; conformado por el Gerente o su delegado, subgerente administrativo y financiero, subgerente de servicios de salud, gestor ambiental (jefe de oficina asesora de planeación), profesional de gestión ambiental quien haga sus veces quien ejercerá como secretario. Profesional de salud ocupacional, referente de epidemiología, referente de recursos físicos, técnico de mantenimiento del Hospital la victoria y la sede IMI. Se encuentra 12 actas de comité de gestión ambiental, una por cada mes.

La entidad reporta en el formato CB-1112 la información correspondiente a los aspectos:

PLAN DE ACCIÓN ANUAL INSTITUCIONAL PIGA

USO EFICIENTE DEL AGUA AÑO 2012

Una vez revisada los compromisos adelantados por la entidad se encuentra las siguientes.

Metas proyectadas para el logro de los compromisos del uso eficiente del agua con límite de cumplimiento 31 de diciembre de 2012.

1. Un Diagnóstico y evaluación del estado de dispositivos ahorradores de agua ya implementados.
2. Un Inventario de los dispositivos ahorradores de agua requeridos para optimizar el consumo realizado.
3. 100% de los dispositivos convencionales que requieren cambio por daño reemplazados por dispositivos con algún sistema ahorrador de agua según la necesidad de cambio en los servicios.
4. Doce inspecciones mensuales al año.
5. Seis reportes del seguimiento y medición del consumo de agua al año en la sede I y II al año.
6. Un mantenimiento preventivo a las redes hidro-sanitarias en la sede I y II al año.
7. Dos lavados de los tanques de almacenamiento de agua potable en la sede I y II.

8. Dos análisis de calidad de agua potable de la sede I y II Hospital.
9. Una caracterización de vertimientos en la sede I y II del Hospital
10. Una campaña de sensibilización.

El Hospital realiza seguimiento a las metas del presente plan de acción a través del aplicativo de la Secretaria Distrital de Ambiente.

CUADRO 24 CONSUMO AGUA HISTORICO 2007-2012

(Cifras en millones de pesos)

Vigencia	Consumo anual m3	Diferencia anual m3	% Variación m3	Valor cancelado anual	Diferencia anual del valor cancelado	%Variación
2007	82.801	0		261,4	0	
2008	63.392	-19.409	-23,44	214,8	46.5	-17,81
2009	59.291	-4.101	-6,47	210,7	4.1	-1,91
2010	64.312	5.021	8,47	237.5	26.7	12,69
2011	76.785	12.473	19,39	291.9	54.4	22,92
2012	82.870	6.085	7,92	325.4	33.4	11,46

Fuente: Oficina Asesora de Planeación HLV III NIVEL ESE

Se nota un incremento en el consumo de agua entre el año 2012 con respecto al año inmediatamente anterior, en 6085 metros cúbicos que representa un 7.92%; sí mismo significa una pago mayor de \$33.454 millones de pesos. Lo que muestra que a pesar de los esfuerzos realizados por la entidad el consumo de agua no se reduce.

CUADRO 25 CONSUMO PERCAPITA SERVICIO DE AGUA

VIGENCIA	CONSUMO ANUAL EN m3	DIFERENCIA ANUAL %	CONSUMO PROMEDIO PERCAPITA m3/MES	DIFERENCIA ANUAL %
2011	76785	11085	3,696	0,336
2012	87870		4,032	

Fuente: Hospital La Victoria III Nivel ESE

Para la vigencia 2012 el consumo per-cápita tubo un aumento de 0.336 mayor correspondiente al año 2011, esto se debió al aumento a la cantidad de pacientes atendidos, camas ocupadas y residentes (estudiantes), de igual manera se encuentra fugas en tuberías debido a la antigüedad de los sistemas hidrosanitarios, para lo cual ya se adelanta un plan de acción para realizar la detección y reparación de las fugas y disminuir el consumo.

Con orden de Prestación de servicio No. OPS-984-2012 suscrita con la firma AMBAR TECH E.U se realiza el diagnóstico correspondiente a dispositivos ahorradores ya dispuestos se determina que Se evidencia 9 sistemas de sensor para ahorro de agua en lavamanos, ubicados en área de esterilización y lavado, lactario, pediatría, pediatría básicos, cuidados intensivos adultos, 26 sistemas fluxómetro para ahorro de agua en inodoro ubicados en el área de estudiantes médicos, lavandería, cocina, consulta externa, hospital mental, hospitalización post quirúrgicos, hospitalización madres, pediatría básicos.

El hospital mediante orden de prestación de servicio No. 984 2012 contrato el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, realiza el muestreo y caracterización de vertimientos de cada sede realiza muestreo y caracterización de emisiones atmosféricas de la caldera (estudio de pitometria) limpieza y desinfección trimestral de tanques de almacenamiento de agua potable.

El mantenimiento preventivo a las redes hidro-sanitarias en la sede I y II al año se realizo mediante OPS-985 DE 2012, por valor de \$17.775.116; del cual la entidad presenta informe de fecha Septiembre de 2012 , denominado proceso de limpieza y desinfección de redes hidrosanitarias.

Mediante certificación expedida por el instituto de higiene ambiental S.A.S; OPS 985 DE 2012 certifica la limpieza y desinfección de tres tanques de propiedad del Hospital la victoria, 143 mts³, 140mts³ y 48mts³ tanques de agua potable en fecha Diciembre de la sede principal y para los tanques de instituto materno infantil, un solo tanque de 470mts³.

Con relación a los Dos análisis de calidad de agua potable de la sede I y II Hospital. Los informes presentados por la entidad para las sedes principal y materno infantil del hospital la victoria presentan como clasificación sin riesgo, es decir que es apta para el consumo.

Caracterización de vertimientos el informe de fecha 27 de Noviembre de 2012 muestra que para el caso de Fenoles la entidad en su no cumple, consultada a la responsable de la oficina de gestión ambiental, indica que en razón a los arreglos locativos realizados a la entidad, algunas de las aguas que van a dar a los desagües pueden aumentar los niveles de fenoles, como medida de contingencia es la de mejorar las técnicas de mantenimiento de aplicación de pinturas en los manteamientos de la entidad.

Respecto a la campaña de sensibilización, se evidencia la disposición de etiquetas en los baños y en los diferentes puntos de salida de agua que promueven el ahorro eficiente del agua; adicionalmente en la inducción se hace énfasis en las campañas que adelanta el hospital.

USO EFICIENTE DE ENERGIA AÑO 2012

Metas proyectadas para el logro de los compromisos del uso eficiente de la energía con límite de cumplimiento 31 de diciembre de 2012.

1. Un Inventario de los dispositivos de iluminación ahorradores de energía requeridos para optimizar el consumo.
2. 100% de los dispositivos y/o accesorios con mayor eficiencia en el ahorro de energías instaladas según la necesidad de cambio por deterioro.
3. Doce inspecciones mensuales al año.
4. Un mantenimiento preventivo a la planta eléctrica.
5. Doce reportes del seguimiento y medición del consumo de energía al año en la sede I y II al año.
6. Una campaña de sensibilización.

CUADRO 26 CONSUMO ENERGIA HISTORICO 2007-2012

Cifras en millones de pesos

Vigencia	Consumo Kilovatios Año	Diferencia Anual Generado kw.	%	Valor Anual Cancelado	Diferencia Anual Cancelada	Diferencia
2007	1.406.500	0		289.5	0	
2008	1.339.327	-67.173	-4,78	306.6	17.1	5,91
2009	1.583.039	243.712	18,20	382.3	75.7	24,70
2010	1.514.072	-68.967	-4,36	400.5	18.1	4,74
2011	1.449.900	-64.172	-4,24	396.2	4.2	-1,07
2012	1.568.600	118.700	8,19	434.7	38.5	9,72

Fuente: HLV III NIVEL ESE

Con respecto a las metas del 100% de los dispositivos y/o accesorios con mayor eficiencia en el ahorro de energías instaladas según la necesidad de cambio por deterioro. Se determina que esta tiene como periodo de cumplimiento 2012-2014 por lo tanto el cumplimiento se encuentra en ejecución. Las inspecciones son realizadas por parte de la gestora ambiental; como constancia se levanta mediante el formato denominado "*programa de inspecciones – Gestión Ambiental*" el mantenimiento a la planta eléctrica lo realiza el área de recursos físicos, se evidencia como campaña de uso eficiente de ahorro de energía disposición de etiquetas en los interruptores de energía y equipos.

Respecto a las doce inspecciones al año Los reportes de seguimiento a los consumos de energía los realiza la entidad de manera mensual para lo cual la entidad entrega soporte digital.

Se encuentra en el archivo compartido de la entidad el seguimiento mes a mes de los consumos correspondientes a los consumos de energía del hospital la victoria ese sede principal y sede materno infantil.

Se evidencia los registros de capacitación a los trabajadores del hospital con la campaña denominada HOSPITAL VERDE alineada con el PIGA y la Secretaria Distrital de Ambiente.

CUADRO 27
PLAN DE ACCIÓN USO EFICIENTE DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS 2012

Cifras en millones de pesos

Tipo De Residuo	En Promedio K/Mes 2011	En Promedio Kg/Mes 2012	Variación Frente Al Año 2011	% Variación Entre El 2011 Y 2012
Biosanitarios	71911,44	79733,27	7821,83	10,88
Anatomopatológicos	11845,01	13944	2098,99	17,72
Químicos medicamentos	8880	10922	2042	23,00
Químicos Reactivos	1269	1231	-38	-2,99
Químicos revelador y fijador	3949,91	3060,804	-889,106	-22,51
TOTAL RESIDUOS	97855,36	108891,074	11035,714	

Fuente: HLV III NIVEL ESE – sede HLV- Y MATERNO INFANTIL

Metas proyectadas para el logro de los compromisos del uso eficiente de residuos con límite de cumplimiento 31 de diciembre de 2012.

1. 100% de los protocolos de manejo, recolección y transporte interno de residuos ajustados y aprobados.
2. 2 campañas de sensibilización
3. 100% de las inspecciones realizadas al año, cumpliendo con la programación de las mismas.
4. 100% de los residuos registrados en la matriz de registro de residuos de todas las sedes del Hospital.
Una auditoria a cada uno de los gestores externos de las sedes del Hospital.

Existe avance en los protocolos de manejo de las áreas cítricas (usis unidades de cuidado intensivo, critico, intermedio, unidad de cuidado intensivo adulto , pediatría, farmacia, patología, clínica de heridas, urgencias, esterilización, cirugía ambulatoria, gastroenterología, bacteriología, odontología) quedando en proceso de actualización; hospitalización, consulta externa y salud mental. Como evidencia el hospital.

Las campañas de sensibilización, se ha logrado mediante capacitación en la cual se realiza verificación de adherencia por medio de pruebas escritas pre-test y post-test a cada uno de los participantes de lo cual se encuentra tabulación de los datos obtenidos.

Se encuentra un único documento con el cual se realiza las inspecciones uso eficiente del agua y energía, ruta sanitaria y segregación de residuos. Con respecto al 100% de los residuos registrados en la matriz de registro de residuos de todas las sedes del Hospital se cuenta en archivo digital con la misma que muestra cada uno el cual indica tipo de residuo, peso y valor.

Los dos gestores ambientales con los que cuenta el Hospital son: ECOCAPITAL Y ECOENTORNO vinculados.

Ecocapital: hace recolección de residuos de Biosanitarios y anatomopatológicos por directriz de la UAESP y Ecoentorno; empresa de servicios público por acta de incorporación. Por lo que se encuentra registro de auditoría realizada a estas dos entidades recolectoras de los RESPEL. E carpeta denominada “auditorias Gestores Externos”.

Las inversiones que ejecutó la entidad para el desarrollo de actividades tendientes a la formulación, diseño y ejecución de programas ambientales para el uso y ahorro eficiente del agua, energía; manejo de residuos sólidos y control de emisiones a la atmósfera en la(s) sede(s) de la entidad.

CUADRO 28 RELACION CONTRATACION PIGA 2012 ÁREA GESTIÓN AMBIENTAL

Cifras en millones de pesos

GESTION AMBIENTAL							
FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE 2012							
Rubro	Detalle	No Contrato	Objeto	Valor	Contratista	Valor	Total
REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS	PROFESIONAL EN GESTION AMBIENTAL	OPS 521/12	PROFESIONAL EN GESTION AMBIENTAL	8.7	MARIA ALEJANDRA VALDERRAMA GRIJALBA	8.7	8.7
HONORARIOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 4 COMO REFERENTE DE GESTION AMBIENTAL.	OPS 892/12	PROFESIONAL EN GESTION AMBIENTAL	20.2	MARIA ALEJANDRA VALDERRAMA GRIJALBA	20.2	20.2
MANTENIMIENTO ESE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS CALDERAS Y EQUIPO HIDRONEUMATICO DE LAS CALDERAS Y EQUIPO HIDRONEUMATICO DEL HOSPITAL LA VICTORIA Y BOMBA DE AGUA DE SEDE IMI.	ODM 045/11	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS CALDERAS Y EQUIPO HIDRONEUMATICO	10.0	IVAN FERNANDO CAMARGO REDONDO	10.0	68.7
	BOMBILLOS AHORRADORES	ODC 2289/12	COMPRA DE BOMBILLOS AHORRADORES	9.6	RUBIELA VARGAS VARGAS	9.6	
	BOMBILLOS AHORRADORES	ODC 1559/12	COMPRA DE BOMBILLOS AHORRADORES	18.7	RUBIELA VARGAS VARGAS	18.7	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

GESTION AMBIENTAL							
FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE 2012							
Rubro	Detalle	No Contrato	Objeto	Valor	Contratista	Valor	Total
	TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL CERTIFICADA DE RESIDUOS PELIGROSOS	OPS 1042/12	TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL CERTIFICADA DE RESIDUOS PELIGROSOS	5.0	DESCONT S.A. E.S.P.	5.0	
	LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	OPS 984/12	LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	7.6	AMBAR TECH EU	7.6	
	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	OPS 985/12	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	17.7	INSTITUTO DE HIGIENE AMBIENTAL SAS	17.7	
ASEO	RECOLECCION, TRANSPORTE, DESCARGUE Y TRATAMIENTO POR INCINERACION Y/O DESACTIVACION QUIMICA DE RESIDUOS QUIMICOS GENERADOS POR EL HOSPITAL LA VICTORIA Y SEDE MATERNO INFANTIL PERIODO FACTURADO DE DICIEMBRE DE 2012		RECOLECCION TRANSPORTE DESCARGUE Y TRATAMIENTO POR INCINERACION Y/O DESACTIVACION QUIMICA DE RESIDUOS QUIMICOS.	20.5	ECOLOGIA Y ENTORNO LTDA	20.5	100.1
	RECOLECCION Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS DEL HLV E IMI		Contratación del gestor externo para la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos	79.6	ECOCAPITAL	79.6	
Salud Ocupacional	COMPRA DE PEDALES PARA CANECAS DE 20 LITROS CON Y SIN BALDE, CANECAS DE 20 LITROS CON TAPA Y PEDAL Y CANECAS DE 40 LITROS CON TAPA, PARA LAS DIFERENTES AREAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL, POR UN MES CDP 2981 ODC 1279 /12 - ODC 2177/12	ODC 1279/12	COMPRA DE CARRO TRANSPORTADOR DE RESIDUOS ORDINARIOS DE COLOR VERDE ROJO Y PEDALES PARA CANECAS	2.9	RUBIELA VARGAS VARGAS	2.9	9.2
		ODC 2177/12	COMPRA DE CARRO TRANSPORTADOR DE RESIDUOS ORDINARIOS DE COLOR VERDE ROJO Y PEDALES PARA CANECAS	6.2	ARGEMIRO RINCON VARGAS	6.2	
PORCENTAJE DE APROPIACION DE GESTION AMBIENTAL							29,60%

Fuente: Oficina Gestión Ambiental y Presupuesto HLV

De conformidad al presupuesto presentado por la entidad, esta invirtió (\$207.1 m/cte.) En gastos en la gestión ambiental.

Dentro de las inversiones que adelanto la entidad tendiente a la formulación, diseño y ejecución de programas ambientales para el uso y ahorro eficiente de la energía, realizo en la vigencia 2012 las órdenes de compra números 2289 y 1559 de 2012 por valores de \$9.684.971 y \$18.705.589 respectivamente.

Hallazgo Administrativo

2.7.1. Las firmas diligenciadas en las actas de comité de gestión ambiental correspondiente a los Nos. 007 de 04 de julio, No. 008 de 27 de agosto, No. 009 de 24 de Septiembre, No. 010 de 29 de Octubre de 2012, No. 011 de 26 de Noviembre, No. 012 de 17 de diciembre del 2012. No se encuentran en original, no se encuentra la firma diligenciada del coordinador de salud ocupacional, además se evidencia que estas son fotocopia y fiel copia de las firmas del acta No. 005 de fecha 28 de Mayo de 2012, podría generar demandas ante el hospital; por lo que estas deben ser firmadas oportunamente por cada uno de los participantes al comité, incumpliendo los literales e, g, del artículo 2 de la ley 87 de 1993.

Hallazgo Administrativo

2.7.2. Revisados las órdenes de compra relacionado Nos. OC-2289 del 13 de Diciembre de 2012 y 1559 de 15 de Mayo del mismo año, se encuentra que la información entregada por la entidad no se ajusta a la realidad; toda vez que en la relación entregaba por la oficina de Gestión ambiental no coincide con la reportada con el área de presupuesto. Respecto de la compra de equipos y bombillos ahorradores de energía Lo anterior generar incertidumbre en la información facilitada en el desarrollo del proceso. Lo que riesgo en la información presentada por parte del Hospital; toda vez que este debe presentar la información de acuerdo a los parámetros establecidos dentro del contrato. Incumpliendo con los literales e y g del artículo 2 de la ley 87 de 1993.

2.8. Evaluación a las Acciones Ciudadanas

Verificada la base de datos de PQRS'S radicados y tramitados por la entidad entre el 1º de enero a 31 de diciembre de 2012 ingresaron 745 en total, la Oficina de atención al ciudadano reporto 497 y la Oficina Asesora reporto 248

Hallazgo Administrativo

2.8.1. Comparado el reporte de peticiones quejas y reclamos presentado por la Oficina de Atención al Usuario frente al reporte de SIVICOF en el formulario 3700 CB-0405. Relación de Peticiones Quejas y Reclamos por tipología, se encontró que no existe coherencia entre ellos, incumpliendo con lo ordenado en el numeral 3 del Artículo 3º del Decreto 371 de 2010 que establece *“Con la finalidad de asegurar la prestación de los servicios en condiciones de equidad, transparencia y respeto, así como la racionalización de los tramites, las Entidades del Distrito Capital deben garantizar 3) El registro de la totalidad de las quejas, reclamos, sugerencias y*

solicitudes de información que reciba cada Entidad, por los diferentes canales, en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones.”.

En la vigencia 2012 se presentaron 271 reclamos, corresponden a un 37.34% y 135 quejas que corresponden el 18.64%, lo que representa el 56.0% sobre la totalidad de manifestaciones radicadas y tramitadas por los diferentes canales en la Institución. Se observó que los PQRS que originan mayor cantidad de inconformidad en los usuarios en el Hospital, se debe a los siguientes motivos: Atención deshumanizada de servidores, No oportunidad en programación y asignación de citas, Deficiencias en el cumplimiento de acciones de apoyo administrativo e Inadecuada o no clara orientación.

La principal causa detectada corresponde a atención deshumanizada con los usuarios, reflejada en la prestación del servicio de urgencias, inadecuada orientación en el área de facturación, la no oportunidad en asignación de citas, por la alta demanda de usuarios.

Hallazgo Administrativo

2.8.2 Efectuado el seguimiento al Plan de mejoramiento en el hallazgo 3.8.2. Se observó que los dineros recaudados por concepto del embargo efectuado a exfuncionaria en virtud de la revocatoria de sentencia ya cumplida por parte del Hospital, mediante cobro coactivo en su contra, reposan en la Tesorería 12 títulos de depósito judicial por valor de \$ 7.161.576.00, sobre los cuales no se ha realizado la gestión de cobro que permitan el recaudo de dichos dineros, lo anterior desconoce lo contemplado en el Literal a y f del artículo 2 de la ley 87 de 1993, generando deficiencias en el manejo de los recursos.

2.9. Concepto Sobre Rendición de la Cuenta

Verificada la cuenta anual a 31 de diciembre de 2012, se estableció que:

La entidad cumplió con los términos señalados en las resoluciones reglamentarias 034 de 2009, 01 de 2011, 013 de 2011, para su presentación.

Con relación a la forma y métodos se presentaron inconsistencias en los formatos CBN 1093 y CBN 1094, correspondiente a las notas y anexos de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, la entidad no reportó dicha información.

Los formatos CB-0201 Archivo Contratación, CB-0202 Archivo Novedades.

El formato CB115 informe sobre recursos de tesorería no se diligencio el dato correspondiente a la tasas de intereses bancarios que está pagando el banco.

Hallazgo Administrativo

2.9.1 Comparada la información reportada en el formato CB115 informe sobre recursos de tesorería con el formato CB 116 informe sobre disponibilidad de fondos y saldos del balance se evidencian diferencias en la información reportada, contraviniendo lo establecido en las Resoluciones No. 034 del 21 de diciembre de 2009 y 01 de 2011 emanadas de la Contraloría de Bogotá y el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, los demás formatos relacionados se presentaron en términos y contenido.

Hallazgo Administrativo

2.9.2. Se efectuó el cruce de la información reportada en los formatos CB-0101 – EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS, CB-0103 – EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS E INVERSION 1 y EL FORMATO CB-0103 – EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS E INVERSION 2 de SIVICOF con la ejecución presupuestal entregada por el Hospital, se encontró que la Entidad reporta la información de forma manual, lo que genero que la información no se ajuste a la realidad, como es el caso del sub -rubro FFDS-Atención Línea de Emergencia que en la ejecución entregada por el hospital tiene un presupuesto definitivo de \$3,626.0 millones y en lo reportado en SIVICOF tiene un presupuesto definitivo con un valor de \$0, igualmente el saldo reportado en la ejecución aprobada refleja el valor real, afectando directamente la gestión del Hospital. Lo anterior incumple el literal a, b, y e de la ley 87 de 1993.

3. ANEXOS

3.1 ANEXO HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGOS	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIA		
ADMINISTRATIVOS	39	N/A	2.2.1.	2.2.2.	2.2.3.
			2.2.4.	2.2.5.	2.3.1.
			2.3.2.	2.3.3.	2.3.4.
			2.3.5.	2.3.6.	2.3.7.
			2.3.8.	2.3.9.	2.3.10.
			2.3.11.	2.3.12.	2.3.13.
			2.3.14.	2.3.15.	2.3.16.
			2.3.17.	2.4.1.	2.5.1.
			2.5.2.	2.5.3.	2.5.4.
			2.5.5.	2.5.6.	2.6.1.1.
			2.6.1.2.	2.6.1.3.	2.6.2.1.
			2.7.1.	2.7.2.	2.8.1.
2.8.2.	2.9.1.	2.9.2.			
CON INCIDENCIA FISCAL	0	0			
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	0	N/A			
CON INCIDENCIA PENAL	0	N/A			

3. 2 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO



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	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	SEGUIMIENTO CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULAD
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2009	3.4.1 Evaluación a los estados contables.	El Hospital presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de cartera que ascendió a \$20.318.7 millones, el cual se conformó por la cartera reconocida en cuantía de \$18.212.9 millones y la cartera no reconocida por valor de \$2.105.8 millones. La cartera reconocida incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor de \$2.960.4 millones y superior a 360 días por valor de \$6.282.3 millones que equivalen al 16.25% y 34.49% del total de la misma. Así mismo, los saldos de los pagadores que componen esta cuenta no se presentaron depurados en su totalidad como es el caso de Solsalud y Ecoopsos los cuales incluyeron pagos realizados por estas entidades y no descargados por el Hospital en cuantías de \$135.9 millones y \$232.7 millones respectivamente (Actas de conciliación de cartera con los pagadores). En igual forma, se presentó cartera con ARSs liquidadas por valor de \$27.0 millones, cifra que a pesar de encontrarse provisionada en el 100%, no ha sido depurada teniendo en cuenta que algunas de estas entidades ya fueron liquidadas como es el caso de COOPDESA con Resolución de terminación de existencia legal No 01 de 23 de agosto de 2005. Lo anterior muestra un recaudo no oportuno de cartera y falta de depuración oportuna de los registros contables, generando incertidumbre en el saldo presentado en esta cuenta, por no corresponder a derechos ciertos, el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado y el riesgo debido a su antigüedad de convertirse en derechos inciertos para la entidad e incumple lo establecido en la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 de la Contaduría General de la Nación al no efectuarse oportunamente las gestiones administrativas necesarias para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes	1. Registrar de manera oportuna los pagos realizados por los diferentes pagadores. 2. Depuración de la cartera de empresas en liquidación. 3. Realizar cobro coactivo a los pagadores con cartera mayor a 360 días.	SE REPLANTEAN LAS ACCIONES 1. Numero de EAPB con partidas o pagos pendientes por aplicar mayores a 60 días / No. de peticiones a la entidad para consecución de los soportes de afectación por factura (lo anterior por la falta de Normatividad que obligue a las EAPB a la entrega de estos soportes). 2. Numero de entidades a las cuales termina el proceso de liquidación/ Numero de reclasificaciones y ajustes contables realizadas en los 60 días, sobre estas entidades. 3. Valor de la cartera mayor a 360 días / Valor de la cartera en proceso de cobro coactivo.	1. Gestionar el 100% de las partidas recibidas y no legalizadas mayores a 60 días. 2. Depurar el 100% de la cartera de empresas en liquidación con las cuales haya concluido el proceso de liquidación dentro de los 60 días a la terminación del proceso. 3. Realizar proceso de cobro coactivo con las entidades que presenten saldo mayor a 360 días.+	Coordinación Financiera Oficina Asesora Oficina Asesora Jurídica	Dra Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Carlos Cifuentes - Cartera Dra. Carmen Rosario Aguilar Médico - Auditor Médico. Dra. Angelica Babatva-Cobro Coactivo. Dra. Carmen Garcia - Contador. Dr. Orlando Martinez- Coordinación Financiera	Ejecutivos de Cartera	18-12-12	15-02-13	1. 100% 2. 100% 3. 100%		1. Se evidencia que existen con corte a 31 de enero del 2013, 14 partidas pendientes por legalizar de las diferentes EPS las cuales se circularizaron en un 100%. 2. De acuerdo al informe de entidades en liquidación suministrado por cartera se evidencia que de las 14 entidades reclasificadas contablemente al corte del 31 de enero ninguna de estas entidades a culminado su proceso de liquidación. 3. De acuerdo a indicador se evidencia que a corte de 31 de diciembre hay un valor en proceso de cobro coactivo por valor de \$10,691,517,615 el cual representa el 94% de la cartera mayor a 360 días	Pendiente de verificar. En el segundo Semestre del año 2012 se efectuaron 4022 devoluciones de suministro a paciente, las cuales afectan directamente el módulo de facturación. Se anexan en medio magnético	1,2	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

<p>Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2009</p>	<p>3.4.4 Evaluación a los estados contables.</p>	<p>En el grupo de Cuentas de Orden Deudores figura a 31 de diciembre de 2009 la cuenta Facturación Glosada en la Venta de Servicios de Salud con un saldo de \$3.643,1 millones. El saldo de la facturación pendiente de conciliar de \$3.412,1 millones incluyó cifras de vigencias anteriores, lo que demuestra la no gestión oportuna por parte de la entidad en la conciliación, depuración y recuperación de recursos, contraviniendo lo establecido en los literales e) y f) de la Ley 87 de 1993 en lo que hace referencia a la protección de los recursos y en la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 de la Contaduría General de la Nación al no efectuarse oportunamente las gestiones administrativas necesarias para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes contables, de tal forma que éstos cumplan las características cualitativas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de que trata el marco conceptual del Plan General de Contabilidad Pública. Se evidenció, que no obstante el hospital en el año 2009 realizó algunas gestiones de cobro en lo relacionado con la cartera de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiado por evento - EPSS, no ocurrió lo mismo con lo referente a capitación, ya que a 31 de diciembre de este mismo año, existen valores por conciliar con la EPSS por evento y capitación de diferentes vigencias por valor de \$2.433,2 millones. Lo anterior indica que la entidad no ha realizado las actividades suficientes para sanear la cartera y/o recuperar los recursos; que en un alto porcentaje corresponden a cartera mayor a 360 días, afectando la liquidez del hospital. Incumpliendo lo establecido en la Circular Externa No. 001 de 2009, del Contador General del Distrito. Igualmente lo establecido en los Decretos 3260 de 2004 artículo 9 y 11, y 4747 de 2007 artículo 23.</p>	<p>1. Conciliar las glosas pendientes de vigencias anteriores a diciembre 31 de 2009, por valor de \$3,412,1 millones. 2. Conciliar la cartera del régimen subsidiado por evento y capitación por valor de \$2,433,2 millones de vigencias anteriores a diciembre de 2009. 3. Depurar las partidas por conciliar de cartera del régimen subsidiado por evento y capitación por valor de \$2,433,2 millones anteriores a dic. 31 de 2009.</p>	<p>1. % de conciliación de glosas de vigencias anteriores = (Valor conciliado de glosas de vigencias anteriores / Valor de la glosa por conciliar a dic 31 de 2009)*100. 2. % de conciliación de cartera del regimen subsidiado por evento y capitación de vigencias anteriores a 2009 = (Valor conciliado de cartera del regimen subsidiado por evento y capita / Valor por conciliar de la cartera de evento y capita de vigencias anteriores a dic. 2009)*100. 3. % de depuración de cartera del régimen subsidiado por evento y capitación de vigencias anteriores a 2009 = (Valor depurado de cartera del regimen subsidiado por evento y capita / Valor por depurar de la cartera de evento y capita de vigencias anteriores a dic. 2009)*100.</p>	<p>1. Conciliar el 90% de glosas de vigencias anteriores a diciembre de 2009, o realizar depuración de los saldos que se reflejen anteriores al 2009. 2. Conciliar y depurar el 90% de cartera de regimen subsidiado de vigencias anteriores a 2009.</p>	<p>Referente Area de Cartera, y Cuentas Medicas.</p>	<p>Dra Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Carlos Cifuentes - Referente de Cartera Dra. Carmen Rosario Aguilar Médico - Referente de cuentas Médicas.</p>	<p>Ejecutivos de Cartera y Auditor Médico</p>	<p>18-12-12</p>	<p>15-02-13</p>	<p>1, 100% 2 y 3 100%</p>		<p>1. Dentro del proceso de conciliación médica y contable, se logró conciliar el 100% de la glosa de vigencias anteriores a 2009. 2 y 3: En el proceso de recuperación de cartera del régimen subsidiado se adelantó conciliaciones contables y conciliaciones de glosas médicas con las diferentes entidades cumpliendo con un 91% de conciliación de la vigencia 2009 en la vigencia 2012, por ello se reporta al área de cobro coactivo una cartera por valor de \$ 542,352,527 con las que se presentan dificultades para la recuperación de los saldos. En cuanto al 9% pendiente por conciliar de la vigencia 2009, corresponde a cartera por valor de \$ 219,642,836, el cual corresponde a cartera no recuperable en proceso de depuración y saneamiento contable.</p>	<p>Se estableció que la entidad aún presenta glosa pendiente de depurar de vigencias anteriores, generando reporte al área de cobro coactivo de una cartera por valor de \$ 542,352,527, el saldo de \$219,642,836, por cartera no recuperable esta en proceso de depuración.</p>	<p>1 A</p>
---	--	---	--	--	--	--	---	---	-----------------	-----------------	---------------------------	--	---	---	------------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2009	3.4.5 Evaluación a los estados contables.	La cuenta en poder de terceros corresponde a los medicamentos devuelto a los proveedores por vencimientos y los prestamos efectuados entre hospitales de la Red Distrital de Salud. Esta cuenta presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de 38.7 millones	1. Analizar y depurar la cuenta para identificar los prestamos reales y definir los mecanismos de ajustes según el caso para su posterior registro 2. Actualizar el procedimiento encuaneto a los términos para la reposición de medicamentos a un máximo de 60 días 3. Realizar seguimiento sobre las devoluciones mayores a 60 días con periodicidad bimestral y con seguimiento de la OGPA	1. % de prestamos depurados= N° de prestamos depurados / Total de prestamos *100 2. Edad de prestamos entregados a partir de la fecha = a la fecha de corte - la fecha de despacho 3. % de cumplimiento= conciliaciones realizadas/Total de conciliaciones programadas)	1. Identificar el 100% de los prestamos reales. 2. Que la edad sea inferior a 60 días. 3. Realizar bimestralmente la conciliaciones	Recursos físicos Contabilidad OGPA	Ing. Ademir Diaz - Referente de compras Dra. Carmen E Garcia Jimenez - Contador	Humano	18-12-12	15-02-13	1	1	1. % de prestamos depurados= N° de prestamos depurados(143 PRESTAMOS) / Total de prestamos (143 PRESTAMOS) *100 . Respuesta: Se entregan soportes de identificación de los prestamos, así como la circularización realizada a los Hospitales de la Red Pública de Bogotá. 2. Edad de prestamos entregados a partir de la fecha = a la fecha de corte - la fecha de despacho. Respuesta: como el inicio de esta acción es diciembre y el corte es el mismo, todos los prestamos entregados son inferiores a 60 días. 3. % de cumplimiento= conciliaciones realizadas/Total de conciliaciones programadas. Respuesta: como el inicio de esta acción es diciembre y el corte es el mismo, la conciliación es mensual y no bimestral.	La entidad presenta gestiones de depuración a través de circularización pero no fueron efectivas las acciones adelantadas para su recuperación, presentansolo un ajuste de \$ con relacion a la vigencia anterior 489.959	0,5	A
--	---	--	---	---	---	------------------------------------	--	--------	----------	----------	---	---	--	---	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.1 EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	El sistema de control interno del hospital para la vigencia fiscal 2011 presentó deficiencias en el despliegue de las fases del planear y el actuar del ciclo PHVA toda vez que: 1) No es efectiva la política de comunicación en lo relativo a socialización y aprehensión oportuna de los documentos que impactan la estructura y mantenimiento del sistema, 2) El despliegue de los puntos de control sobre las actividades que ejecutan los responsables de procesos respecto de las acciones de mejora que se suscriben en los planes de mejoramiento por procesos, resultado de auditorías internas de la calidad, de control interno y de entes externos no reducen la tipología de quejas y reclamos por mal trato en la prestación de los servicios. 4) No es efectivo el medio de retroalimentación al cliente interno sobre el resultado de la gestión del sistema y de los procesos para el cumplimiento de los planes estratégicos y operativos. 5) El sistema de calidad integra los estándares NTGP 1000:2004 y a corte 31 de diciembre de 2011 ya se encuentra actualizada la norma bajo versión NTGP 1000: 2009. Incumpliendo los literales b del artículo 2 y 1 del artículo 4 de la ley 87 de 1993, requisitos 5.5.3 Título Comunicación Interna, 8.5.1 Título Mejora Continua	1. Generación de plan de comunicaciones interno, donde se incluya la publicación y socialización de los resultados de gestión de la entidad para el conocimiento de los clientes internos del mismo. 2. Establecer manual para publicación de información en intranet y pagina web 3. Incluir los temas que impactan la estructura de la entidad en los procesos de inducción y reinducción. 4. Fortalecer las estrategias de seguimiento a la efectividad de los puntos de control como son: seguimiento al cumplimiento de la operatividad de los comités y al cumplimiento de los compromisos adquiridos en el mismo, seguimiento al cumplimiento y efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento. 5. homologar los estándares de la NTCGP 1000:2009, con la evaluación de los estándares del sistema único de acreditación y los otros sistemas de gestión desarrollados en la entidad, estableciendo las acciones de mejora pertinentes	1. Plan de comunicaciones y manual para publicación de información en intranet y pagina web documentado 2. % Seguimiento a comités = No de comités realizados/ Total de comités programados 5. % de estándares homologados= No de Estándares homologados / Total de estándares de la Norma *100	1. 70% de nivel de conocimiento sobre los documentos de gestión y sus resultados 2. 100 % de estándares homologados	Oficina Asesora de Planeación (comunicación) Oficina de Gestión pública Autocontrol Calidad	Dra. Mariela Araque - Referente de Calidad- Referente de calidad Ing. Andres Felipe Torres - Jefe Oficina Asesora de Planeación - Jefe Oficina Asesora de Planeación Dra. Dra. Marcela Beltran Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Humanos - logísticos y tecnológicos	15-01-13	31-12-13								1	E
--	--	---	--	---	---	---	--	-------------------------------------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.2 EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO	La institución hospitalaria suscribe planes de mejoramiento con pagadores, instancias de control interno y de calidad, por procesos, institucional y con entes externos de control; los cuales valorados desde la perspectiva de la naturaleza observada permite establecer que las acciones desplegadas no son efectivas para eliminar sus causas y que se planifican tan solo acciones de corrección, toda vez que hay observaciones recurrentes, de carácter estructural y/o cíclicas. Incumpliendo literal b del artículo 2 de la ley 87 de 1993, requisitos 8.5.1 Título Mejora Continua, 8.5.2 Título Acciones Correctivas de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. Establecer una metodología de análisis causal sobre las oportunidades de mejora identificadas por proceso. 2. Capacitaciones a los referentes de procesos en metodología de análisis causal y elaboración de planes de mejoramiento 3. Seguimiento a las efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento mediante auditorías.	1. Existencia de una metodología de análisis causal documentada. 2 % de referentes capacitados= No de referentes capacitados / el total de referentes * 100	1. Documentación de la metodología de análisis causal. 2. El 100% de los referentes capacitados	Talento Humano Calidad Oficina de Gestión Pública Autocontrol y Autocontrol	Dra. Maria Ines Torres Pinto - Referente Talento Humano Dra. Mariela Araque - Referente de Calidad- Referente Calidad Dra. Dra. Marcela Beltran Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Humanos , logísticos y tecnológicos	02-01-13	31-12-13				Oficio SDS 159296 del 16-11-2012 viabilidad técnica valor proyecto (adición al convenio 1741) por valor de 1.650.888.000,00, incluido la planta eléctrica, Oficio Hospital La Victoria No. 13288 del 20-11.2012.	1	E
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.3 EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Los manuales de procesos y procedimientos que permiten operar el sistema de gestión datan de 2007, con actualización de algunos de ellos, pero en generalidad están en revisión y ajuste para adopción de versiones actualizadas, realidad que constituye debilidad y factor potenciador del riesgo de no adherencia a las políticas institucionales y normatividad vigente, dado el hecho de poderse estar aplicando procedimientos obsoletos o no documentados. Incumpliendo literales b del artículo 2 y l del artículo 4 de la ley 87 de 1993 y los requisitos 4.2.3, literal b, Título Control de Documentos, 8.5.1 Título Mejora Continua y 8.5.2 Título Acciones Correctivas de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. Revisión y formalización de mapa de procesos institucional 2. Establecer un cronograma de actualización y levantamiento de procesos y procedimientos. 3. Descripción, documentación y revisión de procedimientos. 4. Revisión y aprobación de los procedimientos por parte de las subgerencias y áreas asesoreas de acuerdo a sus competencias sobre los diferentes procesos institucionales. 4. Estandarización de procedimientos con la socialización y apropiación de los dueños o directos ejecutores. 5. Auditoría de adherencia a procesos y procedimientos 6. Mantenimiento y mejoramiento de los procesos y procedimientos en	1. % de procesos y procedimientos actualizados = N° de procesos actualizados/ N° total de procesos que requieren actualización *100 2. % de adherencia a procedimientos = N° de funcionarios y colaboradores con adherencia al proceso al cual pertenece / N° total de funcionarios y colaboradores encuestados *100	1. 100% procesos ajustados y actualizados 2. 90% de adherencia a procedimientos	Oficina de Calidad. Oficina de gestión pública. Referentes de Procesos.	Referentes de procesos	Humanos , logísticos y tecnológicos	15-01-13	31-12-13			El grado de avance físico se estableció que fue de un 100%, el tiempo está terminado, el rango de cumplimiento o seguimiento Contraloría es de 2 puntos, por consiguiente el estado de la acción formulada está cerrada.		E	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.5 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	La caracterización de los procesos establece las entradas de información para cada uno de ellos, se ha implementado la tabla de retención documental, la cual presenta fallas por la no incorporación de registros o unidades documentales previstas en los procedimientos operados o de origen normativo. Es débil el empoderamiento de la tabla de retención documental en los ejecutores de las actividades que aportan a los procesos y su responsabilidad de aporte para la operatividad y mejora de este instrumento. En la actividad de revisión documental, verificación de la incorporación de los registros operados en el sistema, conformación de unidades documentales se establece que no se cumple la trazabilidad para identificarlas. Las unidades documentales se desintegran por estar conformadas por más exceso de folios, las tablas a operar por la oficina de Gestión Pública y Autocontrol no incorpora las relativas a Plan de Auditorías. Se incumple el literal e) del artículo 2 de la ley 87 de 1993, requisito 4.2.4, Título Control de registros de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004 Por restricciones presupuestales la gestión documental ha presentado fallas derivadas de la baja capacidad del almacenamiento, evento que se ha aprovechado como oportunidad para impulsar la migración de la cultura del papel a la digital	1. Actualización de procedimientos de gestión documental 2. Socialización de procedimientos. 2. Actualización de tablas de retención documental 3. Capacitación sobre aplicación de las tablas de retención actualizadas 4. Organización de Fondos documentales de archivo por tipos documental 4. Inventario del fondo documental acumulado 5. Aplicar la tabla de valoración documental en el Fondo documental de archivo	1, Porcentaje de procesos con tabla de retención actualizada = N° procesos con tabla de retención actualizada / N° procesos *100 2. Porcentaje de capacitación a administradores de gestión documental = N° de funcionarios administradores de gestión documental capacitados / N° total de administradores de gestión documental*100 3. Porcentaje de procesos con adhesión a la tabla de retención documental = N° de procesos con adhesión a la tabla de retención documental / N° procesos auditados *100	1. 100% 2. 100% 3. 2013 = 80% ; 2014 = 100%	Oficina Asesora de Planeación (Archivo)	Ing. Andres Felipe Torres - Jefe Oficina Asesora de Planeación	Económicos, humanos logísticos y tecnológicos	15-01-13	31-12-13				Se están actualizando los procesos de gestión documental bajo dos parámetros el SIG	0,5	E
--	--	---	---	---	---	---	--	---	----------	----------	--	--	--	---	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.6 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	Hay debilidad en la articulación de los procesos institucionales para operacionalizar el plan de comunicaciones. No obstante, la matriz de caracterización de los procesos determina quien debe comunicar las salidas de los procesos para garantizar cumplimiento y conocimiento oportuno en pro de la eficacia; no se da cumplimiento estricto en la remisión de los documentos actualizados para que en tiempo real puedan ser utilizados y/ conocidos por los usuarios a la intranet, de una forma amigable. De las actividades de verificación de adhesión a los manuales, procesos y procedimientos del sistema de gestión institucional se observó dificultad del usuario para su desplazamiento. Se incumplen los literales b y e del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y el requisito 5.5.3, Título Comunicación Interna de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. Generación de plan de comunicaciones interno. 2. Establecer manual para publicación de información en intranet y pagina web	1. adherencia al plan de comunicaciones interna por parte de responsables de procesos = N° de responsables de procesos con adhesión al plan / N° de procesos *100 2. Porcentaje de personas que concocen y se adhieren a la política de comunicaciones = N°funcionarios y colaboradores con adherencia a la política de comunicaciones/N° de funcionarios y colaboradores de la entidad *100	1. 100% de los referentes y jefes de areas con conocimiento y adherencia al plan de comunicaciones. 2. Que el 70% de los funcionarios y colaboradores operen las comunicaciones internas via outlook y mail	Oficina Asesora de Planeacion	Ing. Andres Felipe Torres - Jefe Oficina Asesora de Planeación	Tecnológico, lógico y humano.	15-01-13	31-12-13				1. No se encuentra plan de comunicaciones. 2. Para el presente numeral la entidad presenta como soporte el documento denominado "MANUAL DE COMUNICACIONES – HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE" en cual no ha sido incorporado a los procesos de la entidad. Además no cumple con los requisitos establecidos en la acción de corrección	1	E
--	--	---	--	--	---	-------------------------------	--	-------------------------------	----------	----------	--	--	--	--	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.7 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	El sistema de evaluación utilizado para evaluación del MECI, es débil dado que no focaliza las fases II (mantenimiento y mejora) y III (impacto) que debe desplegar. Los niveles de cumplimiento alcanzados en la medición realizada por la entidad al modelo estándar de control interno, cumplimiento del plan de desarrollo y plan operativo, avance en el cumplimiento de estándares de acreditación, bajo una lectura de fase de implementación permite calificarlo de bueno. Dentro de la fases citadas obliga a la entidad a realizar medición para este nuevo estado, la encuesta aplicada a través de la intranet fue concebida para la etapa de implementación, por lo tanto se requiere el desarrollo de otros instrumentos que le permitan profundizar e identificar desviaciones estructurales, para que la formulación, implementación de acciones sean en tiempo real y se constituyan en factor dinamizador del sistema. Se incumple el literal d del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y requisito 8.2.3, Título Seguimiento y medición de los procesos de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. elevar consulta al DAFP, si el instrumento operador va ha ser el mismo y si va ha ser actualizado solicitarlo 2. Implementar instrumento para la evaluación que focalice la sostenibilidad e impacto del sistema MECI	Herramienta adoptada conforme a lineamientos de medición fase II y III = N° de ajustes metodológicos aplicados para la evaluación del MECI/ N° ajustes a la metodología de evaluación del MECI por parte del DAFP *100	100% de aplicación	Oficina de Gestión pública Autocontrol y autocontrol	Dra. Dra. Marcela Beltran Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Humano.	15-01-13	31-12-13			1. En entrevista realizada a la responsable de la ejecución, entrega documento denominado Manual de implementación - MECI 2013-, enviado por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Evidenciándose que este corresponde a un proyecto de modificación al manual de implementación actual. 2. Se evidencia que el hospital mediante la resolución 0246 de 06 de julio de 2012 adopta la guía de autoevaluación del control y se establece la metodología para la determinación del tamaño de la muestra y procedimiento para la tabulación de encuestas e interpretación de resultados.	1	E
--	--	--	--	--	--------------------	--	---	---------	----------	----------	--	--	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.8 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	Las acciones formuladas para eliminar las causas de observaciones al sistema cuyo origen son la revisión, auditoría y requerimientos externos no reflejan efectividad para eliminar las causas de las mismas, dado que se presentan observaciones sistémicas, recurrentes y cíclicas, hecho que hace debilitar la confianza en la utilidad de estos instrumentos. Se incumple el literal d del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y requisito 8.2.3, Título Seguimiento y medición de los procesos de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004/título Control de registros de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. Establecer una metodología de análisis causal sobre las oportunidades de mejora identificadas por proceso. 2. Seguimiento a las efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento mediante auditorias.	1. Existencia de una metodología de análisis causal documentada. 2. Efectividad de la metodología de análisis causal implementada = N° de acciones de mejoramiento con resultado efectivo/N° total de acciones de mejoramiento en ejecución*100	1. Documentación de la metodología de análisis causal. 2. 80% de efectividad de las acciones de mejoramiento.	Calidad Oficina de Gestión pública y Autocontrol Referentes de procesos	Dra. Mariela Araque - Referente de Calidad Dra. Marcela Beltrán Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Referentes de procesos	Hum anos	02-01-13	31-12-13							1. La entidad construyó una metodología análisis causal de las no conformidades identificadas durante el proceso de auditoría, la cual fue socializada a los referentes y se encuentra publicada en la página de intranet. 2. Está pendiente el seguimiento a la efectividad.	1	E
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.9 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	En este componente se establece avance en la implementación y operatividad del plan de mejoramiento individual y debilidad en las acciones formuladas dentro del plan institucional, por procesos y pagador para eliminar las causas de las observaciones realizadas por pagadores, auditorías de calidad y control interno, entre otros orígenes. Revisado el sistema de peticiones quejas y reclamos se establece la ocurrencia recurrente de: 1) quejas por maltrato al paciente y familiar y 2) planes de mejoramiento de las áreas de servicios por no adhesión a procedimientos y protocolos, entre otros. Se incumple el literal f del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y requisito 8.5.2, Título Acción Correctiva de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1. Establecer una metodología de análisis causal sobre las oportunidades de mejora identificadas por proceso. 2. Seguimiento a las efectividad de las acciones de los planes de mejoramiento mediante auditorias. 3. Evaluar la adhesión de los procesos en las auditorias programadas para la vigencia.	1. Existencia de una metodología de análisis causal documentada. 2. Efectividad de la metodología de análisis causal implementada = N° de acciones de mejoramiento con resultado efectivo/N° total de acciones de mejoramiento en ejecución*101	1. Documentación de la metodología de análisis causal. 2. 80% de efectividad de las acciones de mejoramiento.	Calidad Oficina de Gestión pública y Autocontrol Referentes de procesos	Dra. Mariela Araque - Referente de Calidad Dra. Marcela Beltrán Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Referentes de procesos	Hum anos	02-01-13	31-12-13							1. La entidad construyó una metodología análisis causal de las no conformidades identificadas durante el proceso de auditoría, la cual fue socializada a los referentes y se encuentra en la página de intranet. 2. está pendiente el seguimiento a la efectividad. 3. la evaluación de la adhesión de los procesos en las auditorias programadas para la vigencia se encuentra en desarrollo.	1	E



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.2.10 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	<p>Por la no operación estricta del control de cadena de frio en farmacia se expone a la entidad al riesgo de pérdida de insumos u ocurrencia de eventos adversos. Efectuado el seguimiento al servicio de farmacia se establece que la planilla de registro no consigna cumplimiento de este control durante tres días, dado que existen dos turnos no fue posible establecer si el turno del día la ha realizado y/o dejado de registrar. Se incumplen los literales a y e del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y requisito 7.6, literal e, Título Control de los dispositivos de seguimiento y control de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004.</p>	<p>1. El líder de farmaceutico va a realizar seguimiento a la planilla de registro de temperatura con una periodicidad de 24 horas, y realizará un informe semanal al referente de farmacia. 2. La OPGA, realizará auditorias para verificar el cumplimiento del seguimiento a la planilla con periodicidad trimestral</p>	<p>1. La realización del informe semanal = N°de informes semanales realizados y reportados / N°de informes semanales planificados*100 2. Cumplimiento de auditorias= N° auditorias al procedimiento de cadena de frio ejecutadas / N°de auditorias al procedimiento de cadena de frio programadas *100</p>	<p>1. 100% de informes 2. 100% de auditorias</p>	<p>Farmacia OPGA</p>	<p>Lider de Farmacia - Andrea Panesso Dra. Marcela Beltran Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol</p>	<p>Humano</p>	<p>02-01-13</p>	<p>31-12-13</p>		<p>1. Una vez revisada las planillas de control de cadena de frio se puede evidenciar, que esta se encuentra firmada como constancia de control por parte del Líder farmacéutico; sin embargo el informe semanal se presento actualizado hasta fecha 28 Julio de 2013, la visita se realizo el día 31 de julio de 2013. Como constancia se adjunto archivo en formato Excel en CD de soportes de plan de mejoramiento. 2. La OPGA presenta el manual de auditoria institucional – informe de auditoria – al proceso denominado seguimiento plan de mejoramiento; así mismo presenta evidencia de acta de reunión de fecha Julio 04 de 2013 con la cual realiza la socialización del informe de auditoria realizado al cumplimiento de la presente observación, sin embargo no se encuentra evidencia de la auditoria adelantada.</p>	<p>1</p>	<p>E</p>
--	--------------------------------------	---	--	--	--	----------------------	--	---------------	-----------------	-----------------	--	--	----------	----------



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral -modalidad regular vigencia 2011	3.2.11 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	El no aseguramiento de la calidad de registros generados por los comités institucionales expone a la entidad a riesgos para una adecuada defensa institucional. Verificados los registros de los comités institucionales se establece que no siempre se consignan clara y adecuadamente los temas tratados, el fundamento de las decisiones adoptadas, la forma de votación para llegar a la decisión y la planificación y seguimiento al cumplimiento de las funciones de cada uno de ellos. Se incumplen los literales a y e del artículo 2 de la ley 87 de 1993 y requisito 7.6, literal e, Título Control de los dispositivos de seguimiento y control de la norma técnica de calidad NTGP 1000:2004	1.Capacitación a los secretarios de comités, en cuanto a metodologías, operatividad de comités y diligenciamiento de actas y compromisos 2. Seguimiento al cumplimiento de la operatividad de los comités y al cumplimiento de los compromisos adquiridos en el mismo.	1. % de secretarios y presidentes de comités capacitados= N°de secretarios y presidentes de comités capacitados/ N°total de secretarios y presidentes de comités *100 2. Operatividad de comités = N°de comités con el cumplimiento de la operatividad / N° Total de comités institucionales	1. 100% secretarios y presidentes de comités capacitados 2. 100% al cumplimiento de la operatividad de los comités	OGPA	Dra.Marcela Beltran Morales - Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Humano	02-01-13	31-12-13		1. El hospital entregó planilla de asistencia, incluido archivo fotográfico de la capacitación denominada "Capacitaciones Efectivas-socialización formatos y actas"; además de la resolución No. 1391 del 5 de abril de 2013 con la cual Compensar y la fundación universitaria Panamericana certifica el cumplimiento de los requisitos por parte de los estudiantes asistentes al curso. 2. Así mismo la entidad entrega el acta de reunión No. 01 de fecha 22 de Abril al 9 de Mayo con la cual contiene dentro del orden del día los siguientes temas: Socialización y seguimiento formato de acta de comité, socialización y diligenciamiento o formato de aseguramiento a compromisos, socialización y formato de lista de asistencia, indicaciones para la entrega de actas de oficina de Gestión Pública.	1,5	E
---	---	--	--	--	--	------	---	--------	----------	----------	--	---	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.3.1.1 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Las actividades del verificar y actuar del macro proceso de direccionamiento estratégico y de los procesos de Gestión de Insumos, Propiedad Planta y Equipo y de Gestión de Ingresos no es efectiva para incorporar ajustes de las metas previstas en sus diferentes planes, cuando se da un cambio significativo en la composición del mercado, el marco normativo y se toman decisiones internas con impacto en producción, demanda de recursos, aumento o reducción de capacidad instalada ni para logro de las metas previstas en el plan operativo anual. Efectuado seguimiento a la ejecución del plan de desarrollo institucional con sus respectivos planes que lo despliegan se establece que la entidad no ajusta los planes de compras, operativos y presupuesto por apertura de nuevos servicios, la movilidad del personal vinculado a régimen subsidiado que impactan directamente la demanda de los servicios, la calidad de la cartera y nivel de glosas, de conformidad al tipo de demanda cada pagador que toma la nueva porción del mercado y los procesos de Gestión de Insumos, Propiedad Planta y Equipo y Gestión de Ingresos presentan desempeño de 23 puntos base por de la meta prevista para la vigencia 2011, afectado el resultado del macro proceso, situación que es recurrente respecto a la vigencia 2010. Se incumplen los literales b y d del artículo 2 de la ley 87 de 1993	1. Realizar una verificación trimestral del cumplimiento de las metas fijadas por proceso en el plan de desarrollo identificando los indicadores que presenten desviaciones significativas que impliquen un riesgo para el logro de las metas propuestas. De lo anterior se genera acciones de mejora las cuales se monitoriaran por la oficina de Gestion Publica. 2. Monitoriar el entorno identificando cambios normativos o variables externas que afecten la operacion de la institucion de lo cual se realizaran modificaciones a las metas propuestas.	1. Numero de planes de mejora generados / Metas con desviaciones identificadas en la revision del plan de desarrollo. * 100 2. Numero Metas Modificadas / Numero de cambios normativos o variables externas que afecten la ESE. * 100	1. 100% de planes de mejora implementados. 2. 100% de metas modificadas por cambios normativos o variables externas.	Oficina Asesora de Planeacion.	Ing. Andres Felipe Torres - Jefe Oficina Asesora de Planeación	Hum anos	02-01-13	31-12-13		1. Existe subutilización de los ginecólogos en el servicio de consulta externa dado que existe una inasistencia del 28% a la agenda programada desencadenando una eficiencia del 68%. 2. Existe subutilización de los pediatras en el servicio de consulta externa dado que existe una inasistencia del 15% a la agenda programada. 3. El consumo de agua por Equivalente Paciente día es superior a la meta establecida;(0,72 m3 l trimestre frente 0,6m3 meta). Meta 1. Mejorar la eficiencia al 90% 2. Mejorar la eficiencia al 90% 3. Disminuir el consumo a 0,6 m3 por EQD La entidad ha identificado la subutilización de los ginecólogos, de conformidad a unas inasistencias, para lo cual se propuso mejorar en un 90%, donde la meta inicia a partir del 01-07-2013 al 31.12-2013, hasta el momento su cumplimiento esta en un 25% de conformidad al tiempo de ejecución de la actividad. Hasta el momento no se refleja el cumplimiento de la misma, toda vez que su ejecución empezó en el mes de la revisión y seguimiento de la observación de conformidad a la ejecución de la Auditoria. Al momento de revisión y seguimiento de la observación, se debe revisar la producción y la capacidad instalada, lo cual permite identificar si se cumplió, de conformidad a la acción planteada por el hospital, para eliminar la causa de la observación.	1. De acuerdo a la evaluación de las actividades programadas para el primer trimestre del año 2013, se generaron tres acciones correctivas para garantizar el cumplimiento de las metas establecidas para el periodo. 25% 2. No se realizado cambios a las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional, pues los cambios del entorno en materia normativa que se han monitoreado, no afectan al momento el cumplimiento de las mismas. El resultado del indicador es 25%.	0,5	E
--	--	--	---	---	--	--------------------------------	--	----------	----------	----------	--	--	--	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.3.1.2 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	El informe de plan de desarrollo presenta deficiencias en la visibilización de los resultados alcanzados durante la vigencia fiscal 2011. Efectuado el seguimiento al cumplimiento de la misión, visión y objetivos corporativos en cada uno de sus componentes, las actividades enunciadas en este documento como requeridas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que no pudieron ser priorizadas por la incapacidad financiera, la política de venta de servicios operada en la gestión comercial para incentivar mayor oportunidad en el pago y reducción de niveles de glosa se establece que no se encuentran consignadas en el informe. Se incumple el literal d, artículo 2 de la ley 87 de 1993.	1. Generar metas e indicadores en el plan de desarrollo y planes de acción que permitan visibilizar el grado de avance o contribución de los procesos en el cumplimiento de la misión y la visión.	1. Cumplimiento de metas que contribuyen al cumplimiento de la misión y la visión / metas propuestas.	1. Cumplimiento del 85% sobre las metas propuestas.	Oficina Asesora de Planeación.	Ing. Andres Felipe Torres - Jefe Oficina Asesora de Planeación	Hum anos	02-01-13	31-12-13		1. El Plan de Desarrollo Institucional y los planes operativos se encuentran articulados, con metas e indicadores que permiten monitorear el desempeño de los procesos en función de la misión y la visión de la entidad. La evaluación del plan operativo permite medir el cumplimiento de los objetivos estratégicos, y consecuentemente el avance en el cumplimiento de la misión y la visión del Hospital. De esta forma, 111 metas se establecieron en el plan operativo para el año 2013, que en su totalidad aportan al cumplimiento de la misión y la visión con un resultado del 97% de lo planteado para el trimestre que corresponde el 25% del plan de mejoramiento.	De conformidad a la información aportada por la entidad en medio magnético, se observa que muestra la articulación de los procesos de conformidad con las metas establecidas, estableciendo indicadores de cumplimiento, hasta el momento su avance esta del 25%, lo que indica que se ha revisado hasta el primer trimestre del año de 2013. Se debe hacer seguimiento en la auditoría a la vigencia 2013 a 31 de diciembre.	0,5	E
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.3.1.3 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Las actividades de verificar y actuar previstas para el logro de la meta del plan operativo a diciembre 2010 de sistema de control de costos/producción control para la operación de los servicios de salud no fueron efectivas. Realizado el seguimiento al alcance de la meta citada y que corresponde al proyecto Fortalecimiento de la Gestión y la Planeación se establece que las actividades previstas no garantizaron el cumplimiento de la meta con un impacto en las actividades de evaluar el nivel de ingresos/costos de producción de los proyectos atención integral a la mujer, niñez bienvenida y protegida y de atención a la población vinculada. Se incumplen los literales b y d del artículo 2 de la ley 87 de 1993.	1. Implementar la Estructura de costos de acuerdo a la directriz de la SDH y SDS. 2. Generar informes para toma de decisión con la generación de costos por especialidad.	1. % acciones = Nº de acciones realizadas para la implementación de la estructura de costos de acuerdo a las SHD y SDS/ Nº de acciones propuestas para la implementación de la estructura de costos de acuerdo a las SHD y SDS * 100 2. Nº de informes de costos por especialidad al año.	1. 100% 2. Dos informes al año por especialidad	Coordinación Financiera	Orlando Martinez - Coordinación Financiera Daniel Corredor - Costos	Hum anos	02-01-13	31-12-13		1. Realizar una verificación trimestral del cumplimiento de las metas fijadas por proceso en el plan de desarrollo identificando los indicadores que presenten desviaciones significativas que impliquen un riesgo para el logro de las metas propuestas. De lo anterior se genera acciones de mejora las cuales se monitorearan por la oficina de Gestión Pública. 2. Monitorear el entorno identificando cambios normativos o variables externas que afecten la operación de la institución de lo cual se realizaran modificaciones a las metas propuestas. La estructura de costos se ajustó para todas las áreas, según Resolución 008 de 2013. El sistema de información de Costo relacionado con nómina es manual, se realiza en Excel. Desde el año 2009, el Hospital no asigna presupuesto para el mantenimiento y actualización del Sistema Dinámica Gerencial, el cual no tiene soporte y su ajuste se realiza de forma manual.	Se dio cumplimiento de conformidad al periodo de seguimiento equivalente a un 50%. Los soportes presentados corresponden a las primeras acciones encaminadas a dar solución a las observaciones encontradas. Y su cumplimiento esta hasta el 31-12-2013.	1	E



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.4.1 ESTADOS CONTABLES	Al consultar las cuentas por cobrar por pagador, se evidencia que hay algunos de ellos que entraron en proceso de intervención administrativa para liquidar, no obstante el hospital aún las presenta dentro de su cartera normal como se ilustra: Caja de compensación familiar camacol-comfamiliar caracol: Con saldo en cartera de \$4.1 millones, mediante Resolución 470 de abril 5 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud, se ordena revocar el certificado de habilitación para la operación y administración del régimen subsidiado para liquidar dicho programa, el 25 de noviembre de 2011 en la resolución 001 de 2011 del agente liquidador, se observa que en el numeral 9 se indica que ?Los siguientes créditos NO SE CALIFICAN NI GRADUAN, por ser presentados en forma extemporánea. Dentro de ello en el numeral 165 figura el hospital la Victoria. En la parte resolutive se indica: en el numeral ?CUARTO. NO CALIFICAR NI GRADUAR los créditos a que hace referencia el numeral 9 de este proveído, por haber sido presentados en forma extemporánea?. Caja de compensación familiar del Caqueta ? Comfaca EPSS \$3.2 millones Según Resolución 469 de abril 5 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud, se ordena revocar el certificado de habilitación para la operación y administración del régimen subsidiado para liquidar dicho programa, según Resolución 001 de agosto 1 de 2011 del agente liquidador, se reconocen, rechazan reclamaciones, y se conforma la lista de prelación de créditos conforme a los lineamientos del artículo 2495 del Código Civil Colombiano, dentro de las 144 reclamaciones presentadas no figura el Hospital La Victoria. Redsalud con saldo de \$3.6 millones registrados en la cuenta 140920 por \$1.3 millones y la cuenta 147511 por \$2.3 millones, la Asamblea General de Accionistas de la sociedad RED SALUD ATENCIÓN HUMANA EPS S. A., decretó la disolución y liquidación voluntaria de la empresa en mayo 30 de 2011, según resolución 01 de 2011 de la EPS en liquidación se resuelven las reclamaciones, en el anexo 01 que forma parte de ella, no figura el hospital, donde el plazo para reclamar se establecía hasta el 7 de agosto de 2011. Mediante Resolución 2 de junio 9 de 2012 del agente liquidador se resuelve los recursos interpuestos contra la resolución 01 de 2011, donde no	1. Consulta semanal de medios de comunicación oficiales y pagina de la Super Intendencia Nacional de salud de las publicaciones de entidades en proceso de Intervención para Liquidación y socialización de forma oportuna al área de cartera y jurídica. (Comunicaciones) 2. Presentación de acreencias dentro de terminos frente a entidades que se encuentren en proceso de intervención administrativa para liquidar (Area de Cartera y Jurídica). 3. Reclasificación contable de entidades como cartera de difícil recuperación. (Area de Cartera y Contabilidad)	%de reclamaciones= Numero de reclamaciones realizadas por el HL.V durante el trimestre/Numero de entidades que inicien el proceso de intervencion para liquidación con saldo en la cartera * 100	Reclamación oportuna del 100% de las acrecias a entidades en proceso de liquidacion.	Comunicaciones, Cartera, Contabilidad y Cobro Coactivo.	Ing. Andres Felipe Torres-Jefe Oficina de Planeación. Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Ramos Guerra Carlos Cifuentes - Cartera Dra. Carmen Rosario Aguilar Médico - Auditor Médico Dra. Angelica Babativa-Cobro Coactivo. Dra. Carmen Garcia - Contador .	Hum años	02-01-13	30-06-13		El hospital presenta partidas pendientes de legalizar ,de las diferentes EPS , Teniendo en cuenta que aún no se ha terminado el proceso de liquidación de las entidades objeto de lla observación y teniendo en cuenta que la el hospital presenta cobro coactivo A 31 de diciembre se adelanta cobro coactivo	1,2	A
--	-------------------------	--	--	--	--	---	--	----------	----------	----------	--	--	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.4.2 ESTADOS CONTABLES	<p>EPS CONVIDA CONTRIBUTIVO: \$0.3 millones cuenta 14751101 y \$1.0 millón cuenta 14751112; con resolución 0011 del 4 de enero de 2002 se le suspendió la autorización para operar el Régimen Contributivo, con resolución 158 de septiembre 13 de 2006 se procede al cierre del proceso liquidatorio y se declara la terminación de la existencia de la entidad promotora de Salud eps Convida, programa régimen contributivo, no obstante en el estado de cartera aun figura con saldo dicha eps, de \$2.4 millones le reconoció \$ 1.0 millón, por consiguiente la cuenta 14751101 esta sobrestimada en \$0.3 millones cuenta 14751112 en \$1.0 millón por ende su correlativa Provisión cartera \$1.2 millones sobrestimada y subestimado el gasto cuenta 5304 Provisión Deudores en \$0.07 millones, con lo cual se están incumpliendo los acápites 104 y 116 del Plan General de Contabilidad Pública, literales a), e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. Deudas de Dificil Recaudo Con saldo de \$9.459.5 millones al finalizar el 2011, representan el 32.2% del total de las cuentas por cobrar por servicios de salud, en ella se encuentran registrados aquellos valores que superan los 365 días de vencimiento; siendo las EPS subsidiadas las que mayor valor en mora presentan con \$5.327.7 millones, valor este que se concentra en Solsalud con \$1.217.0 millones, Caprecom \$601.5 millones, entidad Promotora de Salud Condor \$974.1 millones y Humana Vivir \$647.3 millones representando el 64.6%. Provisión para cartera Con saldo de \$5.667.2 millones, para su calculo se aplica la resolución 0284 del 29 de septiembre de 2010, verificada la aplicación de la misma para la vigencia auditada se establece que se ajustó a lo dispuesto en la citada resolución. Cuentas Por Pagar Con saldo de \$ 12.921.4 millones a diciembre 31 de 2011, el saldo de la cuenta disminuyó en \$3.433.4 millones en relación con el 2010, presentando la mayor representatividad la cuenta Adquisición de Bienes y Servicios Nacionales con el 69.26%. Adquisición de Bienes y Servicios Con saldo de \$8.949.1 millones al finalizar la vigencia el 2011, se evidencia que mostró un incremento significativo en relación con el 2010 de \$3.852.8 millones que le representa el 76%.</p>	1. Revisar que entidades de la cartera se declaran en terminación de la existencia 2. Someter a comité Técnico de Sostenibilidad Contable, la depuración de la cartera	% de entidades liquidadas depuradas = Numero de entidades liquidadas depuradas /Total de entidades liquidadas	Presentar el estado de cartera de forma consistente.	Cartera Contabilidad	Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Dra. Carmen García - Contadora Comité Técnico de Sostenibilidad Contable	Humano	02-01-13	31-12-13				Se verifico que la entidad adelanta proceso de depuración y conciliación de las cuentas correspondent e a entidades en liquidacion y teniendo en cuenta que se tiene termino para el cumplimiento de la accion de correccion la observación esta en estapa de ejecución	1	E
--	-------------------------	--	--	---	--	----------------------	--	--------	----------	----------	--	--	--	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoria gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.4.3 ESTADOS CONTABLES	Al consultar las cuentas por pagar, se obtiene que el 27% superan los 6 meses de antigüedad \$2.776.2 millones, dentro de estas \$458.7 millones corresponden a 2010, de estas en 2012 se ha cancelado \$194.3 millones, lo anterior pone en riesgo a la entidad ante potenciales demandas o pago de intereses en las obligaciones. Se incumple lo dispuesto en los literales a) e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. Acreedores Al interior de las cuentas por pagar, se encuentra la subcuenta acreedores con saldo de \$ 2.737.6 millones, forma parte de esta los préstamos de terceros con \$1.313.1 millones que corresponde a las entregas parciales que se realizan en ejecución de un contrato hasta el momento en que llegue la factura para su traslado a la cuenta por pagar. Avances y Anticipos Recibidos Esta cuenta presentó saldo de \$909.9 millones al finalizar la vigencia 2011, conformada por anticipo sobre venta de bienes y servicios \$720.1 millones y otros avances y anticipos con \$189.8 millones.	Cancelar las cuentas por pagar de la vigencia 2010	% de cancelación de las cuentas por pagar vigencia 2010 = Valor de las cuentas canceladas/ Valor total de las cuentas por pagar de la vigencia 2010 * 100	Cancelar el total de las cuentas por pagar de la vigencia 2010	Gerencia Tesorería	Dr. Fernando Anibal Peña - Gerente Dra. Sandra Moreno - Tesorera	Financieros, humanos	02-01-13	31-12-13			Se verifico que la entidad adelanta proceso de depuracion y conciliacion de las cuentas correspondent e a entidades en liquidacion y teniendo en cuenta que se tiene termino para el cumplimiento de la accion la observacion esta en estapa de ejecucion	1	E
--	-------------------------	--	--	---	--	--------------------	--	----------------------	----------	----------	--	--	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.4.4 ESTADOS CONTABLES	Consultado el saldo de algunos de los terceros que figuran con saldo por dicho concepto, se observa que en la cuenta 24500110 Anticipo particulares figura un valor con saldo contrario a su naturaleza \$-2.700 pesos en el nit 1021664206, registro que se realizó en mayo 2011 con el documento TRASL 8991, a su vez esta misma persona figura en la cuenta 29109003-Anticipo por venta de servicios con saldo del citado valor, más diferencia en una factura que le anularon. Otra situación observada es con el tercero 80811299 que en la cuenta 24500101 Anticipo por venta de servicios \$-0.3 millones, en ese mismo valor y en el tercero en referencia figuran registros en la cuenta 14090701 Deudores-Servicios de Salud, 14801408 ? Provisión Deudores particulares. De lo expuesto en los párrafos anteriores se considera subestimada la cuenta 24500101 anticipo venta de servicios en \$0.5 millones al contener valor contrarios a la naturaleza de la cuenta y su correlativa 140907, Se incumple lo dispuesto en los literales e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Identificar los terceros por cada cuenta que no correspondan a su naturaleza 2. Realizar revisión y depuración contable de los anticipos realizados por pacientes con saldo a 31 de Diciembre de 2012. 3. Reporte por parte del área de tesorería al área de cartera las notas bancarias generadas por anulación de recibos de caja. 3. Registrar los ajustes a los que hallan lugar	% De Terceros Depurados en la cuenta de anticipos de particular = Número de terceros depurados / Número de terceros a depurar	Depurar el 100% de los anticipos generados a pacientes que reflejan en el estado de cartera con corte a 31 de Diciembre de 2012	Cartera, Contabilidad y Tesorería	Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Dra. Carmen García - Contadora Dra Sandra Moreno	Humano	02-01-13	31-12-13				Se verifico que la entidad adelanta proceso de depuracion y conciliacion de las cuentas correspondent e y teniendo en cuenta que se tiene termino para el cumplimiento de la accion de correccion esta en estapa de ejecucion	1	E
--	-------------------------	---	---	---	---	-----------------------------------	--	--------	----------	----------	--	--	--	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.4.5 ESTADOS CONTABLES	Al consultar los registros contables de la cuenta multas y tasas, se evidencia que el hospital La Victoria, durante la vigencia 2011 pago al Fondo Financiero Distrital de Salud por concepto de multas que le impuso la Secretaría distrital de Salud la suma de \$9.6 millones en diferentes resoluciones como se describe: (ver cuadro del informe) Indagado en la oficina de asuntos disciplinario, las actuaciones adelantadas para resarcir el daño al patrimonio de la entidad, se constató que para los pagos 38700, 40189 y 41033 se iniciaron procesos disciplinarios tendiente a calificar la conducta, siendo archivado el primero de ellos. Con lo anterior se vislumbra el riesgo de incurrir en lo consignado en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000, literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Presentar la totalidad de las sanciones impuestas en el Comité de Conciliación para prevención del daño anti-jurídico. 2. Remitir a la Oficina de Control Interno Disciplinarios los fallos sancionatorios emitidos por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. 3. Realizar consultas a los diferentes entes, a fin de determinar la viabilidad de inclusión de proceso de cobro coactivo contra los que resultan responsables.	% de sanciones presentadas ante el comité de conciliación = No de conciliaciones presentadas ante el comité/ Total de conciliaciones * 100	100% totalidad de sanciones presentadas ante el comité de conciliación	Oficina Control Interno Disciplinario. Oficina Asesora Jurídica	Dra. Camenza Manotas - Jefe Oficina Asesora Jurídica	Hum anos	02-01-13	31-12-13							La entidad no ha ejecutado acciones de repetición, sin embargo se encuentra en terminos para la accion de correccion presento gestiones de depuración a través de circularización pero no fueron efectivas las acciones adelantadas para su recuperación, presentansolo un ajuste de \$ con relacion a la vigencia anterior 489.959	1	E
--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.5.1 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	Teniendo en cuenta la gestión presupuestaria realizada por el Hospital al cierre de la vigencia fiscal de 2011, se examinó que este realizó un recaudo total del periodo por \$63.214,0 millones y a nivel de ingresos netos correspondientes a la vigencia fiscal, se observa que este fue de \$47.769,2 millones, esto teniendo en cuenta que los rubros presupuestales de Convenios, Disponibilidad inicial y Cuentas por cobrar no generan procesos de facturación por prestación de servicios de salud durante la vigencia fiscal 2011. De otra parte, y en lo relacionado con los compromisos presupuestales efectuados por la ESE al cierre del periodo, se revisó en el informe presupuestal de gastos que la entidad asumió un total de compromisos acumulados por \$78.719,2 millones. De dicho valor es de observar que se encuentran incluidas las cuentas por pagar de vigencias anteriores, por lo tanto, los compromisos netos asumidos durante el periodo fiscal 2011 se registran por un valor de \$69.312,9 millones. En consecuencia, la ESE arrojaría un saldo de déficit presupuestal por valor de \$21.543,6 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó un desequilibrio presupuestal que pone seriamente en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, si se observa que las cuentas por pagar de la entidad se acumulan día a día para poder atender oportunamente con los proveedores y demás servicios del hospital. Lo anterior permite establecer que la ESE presenta un riesgo financiero que no permite garantizar la sostenibilidad financiera y presupuestal de la entidad, incumpliendo con los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional, del decreto 195 de 2007, artículo 5º, numerales 2 y 5. Y de la Ley 87 de 1993, artículo 2º, literales b) y d).	Implementar el programa de saneamiento fiscal y financiero de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud	% Cumplimiento del programa de saneamiento fiscal y financiero direccionado por la SDS	Cumplir con el 100% del programa de saneamiento fiscal y financiero direccionado por la SDS	Coordinación Financiera, Oficina Asesora de Planeación, Subgerencia de Servicio de Salud.	Dr. Orlando Martínez - Coordinador Financiero Ing. Andrés Felipe Torres - Jefe de planeación Dra. Yanith Piragauta - Subgerente de servicios de salud Dr. Miguel Antonio Prieto Cuellar - Subgerente Administrativo y Financiero	Recurso Humano, Lógico y Tecnológico	18-12-12	18-12-13				Verificada la ejecución del 2012 se mantiene la situación observada, sin embargo se verificó las acciones adelantadas en la vigencia 2013 por las áreas competentes donde se observaron los oficios radicados a la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud y los anexos a los mismos suministrados en medio magnético (CD) como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero de la entidad. Teniendo en cuenta que la acción correctiva se encuentra en ejecución y el sujeto de control cuenta con más del 50% del tiempo para su implementación, esta observación permanece en el Plan de Mejoramiento.	1	E
--	------------------------------------	---	--	--	---	---	--	--------------------------------------	----------	----------	--	--	--	--	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.5.2 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	Inconsistencia entre la información reportada en el Sistema de Información Dinámica gerencial con la reportada en el Informe de Ejecución Presupuestal.- Dentro del Informe de la ejecución presupuestal de ingresos, en el rubro "FFDS-Atención a Vinculados", se registra un saldo por recaudar de \$4.191.5 millones; mientras que en los registros presentados en el Sistema de Información Dinámica Gerencial en el modulo presupuestal, al cierre de la vigencia se reporta un saldo por recaudar para el mismo rubro presupuestal por \$6.915,1 millones; observando en consecuencia una inconsistencia de \$2.723,6 millones. Lo anterior indica que la ESE incumple con lo normado en la ley 87 de 1993, artículo 2, literal e)	1. Reparametrizar en el modulo de presupuesto y tesorería los rubros de ingresos. 2. Conciliar mensualmente el informe de Dinámica Gerencial con la ejecución de ingresos en excel	% de conciliaciones realizadas= Total de Conciliaciones realizadas / Total de conciliaciones a realizar en la vigencia * 100	Realizar las conciliaciones mensuales	Presupuesto Tesorería	Dra. Maria Mercedes Riaños Bolaños - Referente Presupuesto Dra. Sandra Moreno - - Tesorera	Humano, Tecnológico	02-01-13	31-12-13	Verificada la ejecución del 2012 se mantiene la situación observada, se verifican las conciliaciones mensuales soportadas en medio físico hasta el mes de abril del 2013 como soporte de la acción correctiva en la Az de evidencias al Plan de mejoramiento, dichas conciliaciones contrarrestan la inconsistencia que presenta la variación entre la información reportada en el Informe de Ejecución Presupuestal y el Sistema de Información Dinámica Gerencial, mencionado en esta observación. Según el reporte de la Jefe del área de Presupuesto, la causa de la variación se genera debido a que el Sistema no permite realizar reintegros, reclasificaciones ni reversiones a medida que se presentan las modificaciones, traslados o adiciones en las cuentas por falta de actualización de en el Sistema (el Hospital maneja una versión del Sistema de Informa Dinámica Gerencial del año 2009), resaltando que	1	E
--	---------------------------------	--	--	--	---------------------------------------	-----------------------	---	---------------------	----------	----------	---	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.5.3 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	Baja gestión de recaudo en el Rubro Presupuestal ?REGIMEN SUBSIDIADO NO CAPITADO?.- En el informe de ejecución presupuestal de ingresos de la vigencia fiscal 2011, la ESE registra en el rubro ?Régimen subsidiado no capitado-, un recaudo acumulado durante el periodo por \$14.261,2 millones, que obedece a un nivel de recaudo del 60.2% frente a la meta de recaudo establecido en el presupuesto por \$23.654,1 millones; Así mismo se observa la baja gestión de recaudo en este rubro si se analiza que de una facturación generada por prestación de servicios de salud por valor superior a los \$25.000 millones, el Hospital registra un nivel de ejecución del 57%. Lo anterior permite establecer el incumplimiento a lo normado en la ley 87 de 1993, artículo 2, literal b).	1. Aplicar las medidas de Cobro persuasivo, Prejurídico, jurídico y coactivo, a las diferentes entidades del régimen subsidiado no capitado 2. Asistir a las diferentes conciliaciones contables y médicas 3. Aplicar el reglamento interno de cartera, respecto a estas empresas	1. Actas de conciliación médicas y contables con las diferentes entidades del régimen subsidiado 2. Resoluciones expedidas de cobro coactivo a las entidades del regimen subsidiado	Cumplir con el 100% de la gestión programada para la recuperación de cartera	Cartera Cobro Coactivo	Dra Marleny Ramos Guerra - Referente de Cartera y Facturación Ramos - Referente de Facturación y Cartera Dra. Angelica Babativa - Cobro Coactivo	Humano	02-01-13	31-12-13			Verificada la ejecución del 2012 se mantiene la situación observada, sin embargo efectuada la verificación en la vigencia 2013 de las actuaciones adelantadas por la oficina de Contabilidad y Cartera se pudo establecer que se han adelantados actuaciones para el cobro persuasivo, pre jurídico y jurídico para actualizar el estado de la cartera. Teniendo en cuenta que se encuentra en tiempo para la ejecución de las acciones de corrección y que el resultado solo se puede determinar al final de la vigencia, esta observación se mantiene en ejecución.	1.4	E
--	---------------------------------	--	---	---	--	------------------------	--	--------	----------	----------	--	--	---	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.5.4 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	En el rubro presupuestal ?Convenios de Desempeño por condiciones estructurales-FFDS?, no se evidencia el registro de los recursos presupuestales provenientes del FFDS, según lo observado mediante la celebración del Convenio Interadministrativo de Desempeño No. 1578 de 2010; lo anterior evidencia que el hospital no registra adecuadamente los recursos que se destinan para tal fin, teniendo en cuenta que dentro de la estructura del Plan de Cuentas Presupuestal aplicable a las Empresas Sociales del Estado, se debería estar registrando dichos ingresos en la cuenta pertinente para efectos de contabilizar adecuadamente dichas partidas presupuestales, en atención a las circulares emitidas por la Secretaría Distrital de Hacienda. Es de anotar que por este rubro ? se registran los ingresos provenientes de convenios de desempeño por condiciones estructurales firmados con el Fondo Financiero Distrital de Salud, las cuales se presentan por situaciones especiales de costo, tarifa o mercado que le impide a la ESE por sus características particulares competir en iguales condiciones con las demás ESE del Distrito Capital?. Lo anterior permite establecer el incumplimiento a lo normado en la ley 87 de 1993, artículo 2, literal b) y e).	1. Reclasificar el registro de los convenios de desempeño, según lineamiento de la SDS y la SDH	% de reclasificación de las partidas = Total de partidas reclasificadas / Total de partidas a reclasificar	Reclasificar el 100% de las partidas	Presupuesto	Dra. Maria Mercedes Riaños Bolaños - Referente Presupuesto	Humano	18-12-12	18-12-13				Se verifica en la ejecución presupuestal de la vigencia 2012 determinando que el rubro Convenios de Desempeño - Condiciones Estructurales - FFDS no presenta movimiento alguno, por lo cual se procede a verificar la ejecución a junio de la vigencia 2013 reportada a la Contraloría de Bogotá en el Sívicol en donde se observa que aun no se ha presentado movimiento que afecten este rubro. Teniendo en cuenta que la acción correctiva se encuentra en ejecución y el sujeto de control cuenta con más del 50% del tiempo para su implementación, esta observación permanece en el Plan de Mejoramiento.	0.5	E
--	------------------------------------	--	---	--	--------------------------------------	-------------	--	--------	----------	----------	--	--	--	--	-----	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.5.5 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	Reporte de los documentos electrónicos CBN 1093 y CBN 1094 correspondiente a la Notas y Anexos de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos.- Con relación al contenido de la información que se debió reportar en los documentos electrónicos CBN 1093 y CBN 1094, correspondiente a las notas y anexos de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, el hospital no reportó dicha información, incumpliendo con lo estipulado en la Resolución reglamentaria No. 034 de 2009 de la Contraloría de Bogotá, teniendo en cuenta que el artículo 2º., expresa que los responsables del erario distrital, deben presentar en dichos formatos los soportes que sustentan legal, técnica, financiera, presupuestal y contablemente las operaciones realizadas por los gestores públicos. La anterior situación establece que la ESE incumple con lo normado en la Resolución 034 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.	1. Reportar las modificaciones presupuestales que se efectúen durante los respectivos periodos	% de reporte de la modificaciones presupuestales = No de modificaciones reportadas/ No de modificaciones realizadas * 100	Reportar el 100% de las modificaciones presupuestales	Presupuesto	Dra. Maria Mercedes Riaños Bolaños - Referente de Presupuesto	Humano	02-01-13	31-12-13			El hospital informo que las modificaciones al presupuesto (traslados y adiciones) son las se han reportado en la vigencia 2013 a la Contraloría de Bogotá en el Sivicof hasta la fecha. Una vez recibida esta información que procedió a revisar el sistema, el cual refleja de conformidad al tema que la entidad ha reportado a la fecha 5 acuerdos y 6 resoluciones que dan aplicabilidad a las acciones para eliminar la causa que genero la observación. Teniendo en cuenta que la acción correctiva se encuentra en ejecución y el sujeto de control cuenta con más del 50% del tiempo para su implementación, esta observación permanece en el Plan de Mejoramiento.	1	E
--	------------------------------------	--	--	---	---	-------------	---	--------	----------	----------	--	--	--	---	---



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2011	3.8.2 EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS	Existe el riesgo de no recuperar el valor total pagado a exfuncionaria, el cual fue revocado por la Honorable Corte Constitucional mediante sentencia con fallo de fondo T-2689269, toda vez que se encuentra insolvente y tan solo se dispone de los dineros que se recaudan por concepto de embargo sobre contrato de trabajo en ejecución, agravada por la corta expectativa de vida laboral. Efectuado el seguimiento a los valores recaudados a la exfuncionaria citada en virtud revocatoria de sentencia ya cumplida por parte del hospital se establece que mediante el mecanismo de cobro coactivo en su contra, se han recibido 7 títulos por valor de \$4.2 millones para un valor pendiente de recuperar de \$138.4 millones. Literal a artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Realizar investigación trimestral de bienes de la deudora a efectos de establecer la existencia de activos para ejercer medidas cautelares en proceso de cobro coactivo en pro de recuperación de la suma adeudadas	% de cumplimiento de la investigación trimestral de bienes = N° de seguimientos realizados/N° de seguimientos planificados *100	Cumplir con el seguimiento trimestral a la investigación de bienes	Oficina asesora Oficina Asesora Jurídica	Dra. Camenza Manotas - Jefe Oficina Asesora Jurídica	Recurso Humano	02-01-13	31-12-13						La acción se encuentra en ejecución y la entidad cuenta con el 50% del tiempo para cumplirla. La Acción se mantiene en el plan de mejoramiento para dar solución a las acciones encaminadas. Su cumplimiento va hasta el 31/12/13.	1	E
--	---	--	---	---	--	---	---	----------------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	---	---