

Tipo Informe		8		8 GESTION																											
Formulario		3401																													
Moneda Informe		1																													
Entidad		412																													
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2																											
Periodicidad		6		Intermedio																											
4		8		12		16		20		24		28		32		36		40		44		48		52		56		60		64	
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION				ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA													
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno 3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993				Socializar e implementar los mapas de riesgo.	Numero de funcionarios capacitados en la implementación de los mapas de riesgo / Total de funcionarios seleccionados para manejar riesgos	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	En el mes de noviembre se realiza actividad con los referentes de los servicios del hospital en donde el área de planeación hace énfasis en la revisión de la política de administración del riesgo y a su vez solicita la actualización de los mapas y mitigación del riesgo con el objetivo de verificar si las actividades planeadas se dieron cumplimiento para su mitigación. En el mes de diciembre se envía al área de Gestión Pública y Autocontrol actualización de mapas de riesgos para su evaluación. Durante el primer trimestre de 2011 se adjunta seguimiento y capacitaciones sobre riesgos en el comité de calidad a 12 referentes. LOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS EN TOTAL SON 46 DE LOS CUALES HASTA LA FECHA HAN SIDO CAPACITADOS 13. ACTUALMENTE SE TRABAJA CON LA VEEDURIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NUEVA HERRAMIENTA DE MAPA DE RIESGOS COMO CONTROLES PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, INDICADORES DE EFICIENCIA Y EVALUACION DEL RIESGO. Se adjunta actas de comité de calidad en donde se evidencia capacitaciones y seguimiento del mapa de riesgos (32 referentes), es de aclarar que este procedimiento de actualización y socialización del mapa de riesgos y mitigación es continuo. Se actualiza mapa de riesgos teniendo en cuenta los procesos identificados en la entidad		c													
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno 3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993				Evaluar la mitigación de los riesgos a través de las acciones programadas	Numero de Planes de mitigación evaluados / Total de planes contemplados en los mapas de riesgo	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	En cada mapa de riesgos suministrados por el área de planeación se realiza la observación correspondiente por el área de Gestión Pública. Se adjunta oficio 404-GFPA-037 de 7 abril de 2011 en donde se evaluaron 38 mapas de riesgos y se dieron algunas recomendaciones de mejora por parte del área de Gestión Pública y Autocontrol. Teniendo en cuenta las observaciones de la Oficina de Gestión Pública se procedió a unificar los riesgos teniendo en cuenta el mapa de procesos (16), además se sugirió al área de calidad implementar controles e indicadores en el mapa, de acuerdo al acompañamiento de la veeduría el hospital adopta esta herramienta y realiza una prueba piloto con un proceso seleccionado (sistemas de información) Se adjunta acta del mes de julio por parte de la asesoría de la veeduría teniendo en cuenta el plan de trabajo definido entre la veeduría y el hospital el Gestor de calidad realiza la propuesta del mapa de riesgos incluyendo los controles, documento que fue remitido para revisión por parte de la asesoría y del cual surgieron las recomendaciones frente a como quedaron establecidos los controles, para ello sugiere al gestor de calidad ajustarlos de tal forma que los controles que no son efectivos y no se apliquen salgan del mapa y se reemplacen por otros efectivos de tal forma que minimicen las causas que generan los riesgos y permita que la valoración de los riesgos no superen un nivel medio para su tratamiento.		c													
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno 3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993				Realizar trimestralmente acciones de mejora con respecto a la política de administración del riesgo	Numero de acciones realizadas/Numero de acciones de mejoramiento programadas	100%	Planeación y Sistemas	Jose Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	400%	Se adjunta formato de acciones correctivas y/o preventivas que contienen 4 acciones de mejoras que serán planteadas al equipo de análisis de proceso el día 4 de mayo. Teniendo en cuenta las observaciones de la Oficina de Gestión Pública se procedió a unificar los riesgos teniendo en cuenta el mapa de procesos (16), además se sugirió al área de calidad implementar controles e indicadores en el mapa, de acuerdo al acompañamiento de la veeduría el hospital adopta esta herramienta y realiza una prueba piloto con un proceso seleccionado (sistemas de información) Resolución 232 del 1 de agosto se ajusta política de admón del riesgo adoptando metodología de la veeduría, se evidencia en la página web de la institución		c													

Tipo Informe	8	Formulario	3401	8 GESTION													
Moneda Informe	1	Entidad	412	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Fecha	2010/12/31	Periodicidad	6														
Periodicidad	4	Intermedio		16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.02 La entidad no da cumplimiento a los términos establecidos para la formulación y remisión del plan de mejoramiento a la oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Verificada la notificación de los informes de auditoría realizadas por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol fechados enero 19 de 2009, sobre 1) Plan de Mejoramiento Contrataría, dependencia facturación Cartera y Glosas, 2) conciliaciones de cartera y 3) Contratos de arrendamiento de Servicios Personales de Carácter Privado se establece que no han sido remitidos los planes de mejoramiento a ejecutar dentro de los diez días siguientes y no hay evidencia de efectividad de acciones. Se incumple el procedimiento del Macro Proceso de Evaluación Institucional Resoluciones 168 de 2008 y 130 de 2010, el párrafo cinco del requisito 8.2.2 Auditoria Interna, 8.5.1 Mejora continua, 8.5.2 Acción Correctiva de la norma NTGP-1000 2004, literal b) del artículo 2 de la Ley 97 de 1993.	Una vez ejecutadas las auditorias a cada área, se debe remitir: 1- Un informe sobre resultados al referente del área afectada; 2- Planeación y el referente del área elaboraron el Plan de Mejoramiento y dentro de los 10 días siguientes se enviara a Gestión Pública y Autocontrol el Plan y las evidencias. 3- Hacer el seguimiento.	>=80%	Planeacion y Sistemas	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeño - Jose Romero - Mauricio Tribin - Andrea Florez - Andrea Luengas	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Durante el mes de enero se socializo auditoriasde glosas aún no presenta plan de mejoramiento, el día 2 de febrero se socializo auditoria de medicamentos controlados, fecha de vencimientos para presentar plan de mejoramiento es el 17 de febrero. Se realizaron auditorias de gestion y de calidad socializando entregando copias de las auditorias a cada referente auditado, se observa con preocupacion la no entrega del plan de mejoramiento respectivo dentro del termino establecido en el procedimiento. Se da cumplimiento al cronograma de auditorias (gestion y calidad) se evidencia entrega de planes de mejoramiento por procesos, se entrega auditorias a la oficina asesora de planeacion oficio 077 de 2011, realizando seguimiento a planes de mejoramiento por procesos se evidencia el no cumplimiento de ciertas áreas. Se da cumplimiento al cronogramas de auditorias teniendo en cuenta el procedimiento interno establecido en el cual se habla de socializacion del referente del área auditado, el cual entregan plan de mejoramiento, en la oficina de gestión pública y autocontrol reposan las evidencias		c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI. 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.	1- Revisar el proceso de evaluacion y control para garantizar que las auditorias internas son responsabilidad de la oficina de gestion publica.	Proceso ajustado/Proceso sujeto de ajuste	100%	Gestion Publica	Luz Marina Duran	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se reviso y se analizo procedimiento de auditorias de calidad por el área de gestión pública, se solicito el perfil de los auditores de calidad con el objetivo de iniciar auditorias. En Comité de Gerencia la Dra Luz Marina Durán asesora de Gestión pública informo la necesidad de darle cumplimiento al procedimiento en cuanto a la convocatoria de auditores internos de calidad. Se dio inicio al plan de auditorias de calidad vigencia 2011, actualización procedimiento auditorias internas, se actualiza procedimiento de auditorias internas resolucio 0045 de 2011 Se estableció mediante resolución 00232 de 1 de agosto de 2011 lineamientos para ejecución de auditoria integrales y de calidad		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI. 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.	2. incorporar la figura de comision de auditores internos ante la oficina de gestion publica para el cumplimiento de auditorias internas.	No de auditores asignados/No de auditores requeridos	100%	Gerencia y Talento Humano	Carlos Pineda y Laura Acevedo	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Mediante oficio 404-GFGPA-118 se solicito al área de planeación el perfil de los auditores, según respuesta 403-GFGPA-242 se recibe perfil. Cumplimiento al plan de auditorias vigencia 2011 (auditorias internas de calidad)		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI. 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.	3. asegurar la disposicion de personal competente en auditoria internas	Evaluacion del desempeño del Auditor Interno asignados / auditores internos asignados	100%	Planeacion y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se analiza perfil y se sugiere darle cumplimiento al procedimiento en la convocatoria de nuevos auditores de calidad. En desarrollo auditorias internas como tambien con sus auditores de calidad definidos y suministradas por la entidad. En desarrollo auditorias internas como tambien con sus auditores de calidad definidos y suministradas por la entidad		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.04. La unidad documental donde obra el registro del resultado de las sesiones de junta directiva del Hospital San Blas no se ajusta en su totalidad a lo normado. Revisado el libro de actas de Junta Directiva radicado ante la Secretaría Distrital de Salud con el N° 145 de julio 25 de 2007, se evidencia que éste no consigna la firma de la Presidente de Junta Directiva para el acta No. 6 (sesión ordinaria folio útil No. 004), entre los folios útiles foliados y sellados por la citada Secretaría con los números 037 y 038 se inserta hoja que contiene parte de lo escrito en el folio 38, excepto por el texto "Con respecto a esta petición el Presidente informa que se hará vía telefónica el día jueves 22 de Noviembre de 2007 sujeta a que llegue la adición de los recursos [02] y la anulación de los espacios para la firma de presidente y secretario, además en el acta de reunión extraordinaria de junta directiva No. 010 no se consigna firma del secretario. Con lo anterior se incumple los artículos 17 y 16 respectivamente del Acuerdo Distrital 17 de 1997 para las dos primeras evidencias y el artículo 11 del Acuerdo 025 de 2009 expedido por la Junta Directiva del Hospital San Blas para la tercera.	Verificar el registro de las actas de Junta Directiva en el libro oficial una vez terminada cada cesion.	Actas Firmadas / Actas Realizadas	100%	Planeacion y Sistemas	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Verificadas el registro en el Libro de Las Actas de la Junta Directiva debidamente firmadas. Se verifica libro de actas firmada No. 001 de 25 de enero de 2011. Se verifica libro de actas firmada No. 002 de 22 de febrero de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia. Se verifica libro de actas firmada No. 003 de 16 de marzo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia. Se recibe actas firmada No. 006 de 28 de abril extraordinaria de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia. Se recibe actas firmada No. 006 de 26 de mayo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.04. La unidad documental donde obra el registro del resultado de las sesiones de junta directiva del Hospital San Blas no se ajusta en su totalidad a lo normado. Revisado el libro de actas de Junta Directiva radicado ante la Secretaría Distrital de Salud con el N° 145 de julio 25 de 2007, se evidencia que éste no consigna la firma de la Presidente de Junta Directiva para el acta No. 6 (sesión ordinaria folio útil No. 004), entre los folios útiles foliados y sellados por la citada Secretaría con los números 037 y 038 se inserta hoja que contiene parte de lo escrito en el folio 38, excepto por el texto "Con respecto a esta petición el Presidente informa que se hará vía telefónica el día jueves 22 de Noviembre de 2007 sujeta a que llegue la adición de los recursos [02] y la anulación de los espacios para la firma de presidente y secretario, además en el acta de reunión extraordinaria de junta directiva No. 010 no se consigna firma del secretario. Con lo anterior se incumple los artículos 17 y 16 respectivamente del Acuerdo Distrital 17 de 1997 para las dos primeras evidencias y el artículo 11 del Acuerdo 025 de 2009 expedido por la Junta Directiva del Hospital San Blas para la tercera.	Verificar las firmas de la Presidencia y Secretaria de la Junta Directiva en todas las Actas	Actas Firmadas / Actas Realizadas	100%	Gerencia	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Verificadas el registro en el Libro de Las Actas de la Junta Directiva debidamente firmadas por Presidente y Secretario de la Junta Directiva. Se verifica libro de actas firmada No. 001 de 25 de enero de 2011. Se verifica libro de actas firmada No. 002 de 22 de febrero de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia. Se verifica libro de actas firmada No. 003 de 16 de marzo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia. Se recibe actas firmada No. 006 de 28 de mayo de 2011, el libro de actas reposa en Gerencia		c

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Periodicidad		6														
4		8														
		Intermedio														
		12														
		16														
		20														
		24														
		28														
		32														
		36														
		40														
		44														
		48														
		52														
		56														
		60														
		64														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.		Elaboración y actualización de los procedimientos de gestión documental, formatos, manuales	No de documentos actualizados y aprobados por resolución/ Total de documentos del proceso de gestión documental	Elaborar 5 Procedimientos, 4 formatos y 1 manual	Planeación y Sistemas - archivo	José Cermeño-Gerardo Vera - Fredy Serrano	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se anexa resolución 205 de septiembre de 2010 en el cual se actualiza y se crean algunos procedimientos y se incluyen en el listado de maestro documental, se aprueban formatos de gestión documental (procedimiento recibo y despacho de correspondencia interna, recibo de correspondencia interna, recibo de eliminación documental, transferencia documental, generación de backup equipos de computo) se diseño manual interno de archivo y correspondencia y se elaboraron formatos tabla de retención documental, inventarios de historias clínicas, formato unico de inventario documental, formato de eliminación documental). Se actualizan procedimientos con la nueva codificación incluyendo puntos de control soportados con la resolución con 00082 - 00088 de abril de 2011, tambien se aprueba manual interno de archivo		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.		Socialización e implementación de los documentos	No de funcionarios socializados/total No de funcionarios programados para socialización	Capacitación a los funcionarios encargados de los archivos de gestión	Planeación y Sistemas - archivo	José Cermeño-Gerardo Vera - Fredy Serrano	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	evidencia de socialización en gestión documental 44 funcionarios de 46		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.		Revisiones de la implementación de los documentos a través de listas de chequeo	No de funcionarios evaluados en conocimiento de los documentos/Total de funcionarios seleccionados para la evaluación	100%	Planeación y Sistemas - archivo	José Cermeño-Gerardo Vera - Fredy Serrano	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se evalua adherencia a la capacitación del 2010 se adjunta evidencias, calificación promedio 54%, se hace necesario nueva capacitación y adherencia		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales. De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008, documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.		Realizar las acciones de mejoramiento	Acciones de mejoramiento elaboradas/Total de acciones de mejoramiento programadas	100%	Planeación y Sistemas - archivo	José Cermeño-Gerardo Vera - Fredy Serrano	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se incluye plan de mejoramiento de gestión documental - archivo. Se realizo encuesta de conocimiento a 18 funcionarios que producen, manejan y custodian el archivo documental y la calificación promedio fue de 54 en una escala de 1 a 100, producto de lo anterior se programan 2 capacitaciones der refuerzo en el segundo semestre.		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumple la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.		Actualizar el nomograma del Hospital.	No. De procesos con nomograma actualizado / Total de procesos contemplados en el mapa de procesos	un (1) nomograma actualizado	Planeación y Sistemas	Jose Cermeño	0	2010/11/01	2011/03/30	Semestral	100%	Se verifica en la página Web vinculo de nomograma de 5 procesos de 16 sin embargo la oficina de Gestión Pública corrobora y esta sujeto a planes de mejora ejemplo la descripción de la -ley en algunos casos no corresponde, se hace necesario realizar las correcciones pertinentes. Se recibe oficio de fecha marzo 30 con CD el cual ajusta nomograma institucional por procesos incluye 16 procesos		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumple la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.		Socialización del documento	No de funcionarios capacitados/Total de funcionarios seleccionados	100% de los responsables de los procesos	Planeación y Sistemas	José Cermeño-Dora Galindo	0	2011/04/20	2011/06/15	Mensual	100%	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de abril se evidencia socialización de nomograma a referentes, se socializa a través de la página Web		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumple la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.		Verificación de listas de chequeo	Listas de chequeo diligenciadas/Total de listas de chequeo programadas	100% de los responsables de los procesos	Planeación y Sistemas	José Cermeño-Dora Galindo	0	2011/07/15	2011/09/20	Bimensual	100%			c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumple la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.		Realizar las acciones de mejoramiento	Acciones de mejoramiento elaboradas/Total de acciones de mejoramiento programadas	100%	Planeación y Sistemas - archivo	José Cermeño-	0	2011/10/04	2011/10/31	Mensual	100%			c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros "Listado maestro de documentos" del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2009, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro en el 2009. Existen 54 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2009). Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.		Actualización del listado maestro de documentos incluyendo todas las resoluciones de aprobación de documentos	Listado maestro de documentos actualizado incluyendo las resoluciones a probadas / Total de resoluciones de aprobación de documentos	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2011/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se actualiza en conjunto con los procedimientos, "En la actualidad en la pagina web se verifica el listado maestro de documentos con los procedimientos aprobados siguiendo la trazabilidad desde el año 2008 encontrándose en ella las últimas versiones de cada uno de los procedimientos. Durante el primer y segundo trimestre de 2011 se actualizaron 105 procedimientos con la nueva codificación y puntos de control el cual fueron incluidos las resoluciones 082 - 089 - 100 de 2011, se estandarizaron 98 formatos, 36 guías, 5 instructivos, 3 manuales y 5 planes lo anterior incluido en el listado maestro de documentos se adjunta evidencia		c

Tipo Informe	8	8 GESTION													
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Moneda Informe	1														
Entidad	412														
Fecha	2010/12/31														
Periodicidad	6														
4	8														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros "Listado maestro de documentos" del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 259/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009] Existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003). Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.	Socialización del listado maestro	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/02/23	Trimestral	100%	Se socializa a través de la página Web, En la actualidad en la página web se verifica el listado maestro de documentos con los procedimientos aprobados siguiendo la inactividad desde el año 2008 encontrándose en ella las últimas versiones de cada una de los procedimientos. A pesar de que existe la fecha de terminación es un proceso continuo la socialización a través de la página Web. Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros "Listado maestro de documentos" del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 259/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009] Existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003). Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.	Verificación de la socialización	No de funcionarios que conocen el listado maestro de documentos/No de funcionarios seleccionados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2011/03/02	2011/04/20	Mensual	100%	Se inicia estrategia de comunicación plan padrino con el objetivo de socializar los requisitos contemplados en los sistemas de gestión Maci, sistema gestión de calidad, sistema obligatoria de calidad, sistema de gestión ambiental, salud ocupacional, sistema de la gestión salud laboral, se entrega a líderes las cartillas que contienen los sistemas de gestión para ser entregados a cada funcionario, se evalúa la socialización del listado maestro con los documentos actualizados en el nuevo formato, no obstante lo anterior la fecha de terminación del plan de mejoramiento está vencido si embargo este proceso es continuo, Se verifica evaluaciones mediante prueba selectiva a los funcionarios del Hospital (hijados) se adjunta evidencia a pesar de existe fecha de terminación dentro del plan de mejoramiento este proceso es continuo. Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.07. El control de registros "Listado maestro de documentos" del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 259/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro [en el 2009] Existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones (acta comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003). Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.	Realizar las acciones de mejoramiento	No de acciones de mejoramiento realizadas/Total de acciones de mejora programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2011/05/18	2011/06/30	Mensual	100%	Se entrega a líderes del plan padrino las cartillas que contienen los sistemas de gestión para ser entregado a cada funcionario. Para el mes de junio a través de la estrategia plan padrino se espera informe de cada líder la socialización de los procedimientos que se encuentra en servicio, este informe será evaluado por los organizadores de la estrategia, como plan de mejoramiento se programan reuniones de seguimiento con la gerencia con el objeto de mejorar los procesos y el conocimientos de todos los documentos por cada servicio, se concierne fecha producto de las evaluaciones como planes de mejora para actualización y socialización de documentos, proceso que debe ser continuo.		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.08. La alta dirección no asegura la asignación de recursos para el adecuado desempeño de los procesos. La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol requiere Auditor Médico y profesionales que apoyen la ejecución de auditorías internas de calidad. El comité de facturación, requirió auditor administrativo para el área de urgencias en virtud de ser el servicio que más glosas genera (consta en actas 08 de 27 agosto 2009, 09 de sep 20 de 2009, 11 de noviembre de 2009, 12 de diciembre 29 de 2009 y 01 de enero 28 de 2010 del Comité de Facturación, solicitud reiterada de compra de escáner para atender las necesidades del servicio dada la entrada en vigencia de la Resolución 3047 de 2008 (actas de comité de facturación de octubre 10 de octubre de 2009, 09 de septiembre 29 de 2009, 08 de 2009, 27 de agosto de 2009, 007 de julio 30 de 2007, 006 de junio 24 de 2009, 005 de mayo 28 de 2009. Incumpliendo el literal b) del numeral 6.3 Título Infraestructura de la Norma NTCP 1000:2004.	Revisión de la alta dirección hará seguimiento trimestral y formulará acciones de choque para asegurar la asignación de recursos a los procesos	Actividades de revisión por la alta dirección a aseguramiento de asignación de recursos a los procesos del sistema/ actividades de revisión planificadas.	100%	Gerencia y Subgerencia Administrativa	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeño- Jose Romero - Mauricio Tribin - Andres Florez - Andrea Luengas	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se contrata auditor de calidad para el área de Gestión Pública y Auto control desde el mes de diciembre, se trasladada enfermera jefe como auditor administrativa para el área de facturación. Se contrata auditor medico para la oficina asesora de Gestión Pública y Autocontrol Dr. Alfonso		c

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31														
Periodicidad		6														
4		8														
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION												
				ACCION CORRECTIVA												
				INDICADOR												
				META												
				AREA RESPONSABLE												
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION												
				RECURSOS												
				FECHA DE INICIO												
				FECHA DE TERMINACION												
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO												
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA												
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigilancia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.09 Los controles de fecha de vencimiento de medicamentos que dispone el hospital no son efectivos para eliminar el riesgo de disposición de medicamentos vencidos en el punto de dispensación al usuario de consulta externa y garantizar la entrega de los medicamentos a los adultos mayores de 62 años en los términos de ley. El hospital San Blas como consecuencia de la no adhesión a sus procedimientos internos de control de fechas de medicamento dispone de medicamentos vencidos en la farmacia de consulta externa y el no llevar el control de medicamentos pendientes de entrega a adultos mayores de 62 no garantiza el cumplimiento de entrega de medicamentos pendientes en el término de 48 horas en el lugar de residencia del usuario, evidencia es la verificación realizada a los estantes de la farmacia de consulta externa y encontrar 2 cajas del medicamento Alprazolol de 300 mg ya vencidos, FF julio 2008. F/ Jul 2010, lote 08290408, laboratorio Memphis y el resultado del seguimiento a la identificación de medicamentos pendientes de entrega a adulto mayor que permitió establecer que no hay control o identificación del adulto mayor de 62 años a quienes se le tienen medicamentos pendientes de entrega, el cumplimiento de entrega en casa cuando llegan a la farmacia de consulta externa, y que no se dispone del listado de medicamentos agotados. De forma verbal se determina que al momento de la visita fiscal no se cuenta con Bedometazona nasal e Imiprina de 25 mg, la primera por error en la solicitud al proveedor quien remitió otra presentación conforme a la orden de pedido remitida por el hospital y la segunda por agotamiento. Por lo anterior se incumple el procedimiento Vigilancia y Control de Fechas de Vencimiento de Medicamentos y Disposición Final adoptado mediante Resolución 258 de noviembre 11 de 2009 y 222 de septiembre 30 de 2009, y la Ley 1117 de 2007.	Disponer de un mecanismo para controlar la rotación y manejo de los medicamentos con el objeto de hacer seguimiento a las fechas de vencimiento. Socializar y verificar el cumplimiento del proceso de semaforización, identificación y registro del paciente mayor de 62 años para cumplir con el envío de los medicamentos entregados / No. total de pendientes generados en el mes	Para el caso de los medicamentos se establece la relación: No. de medicamentos vencidos / Medicamentos del inventario 0 Para los pacientes mayores de 62 años: % de cumplimiento= No. de medicamentos pendientes entregados / No. total de pendientes generados en el mes	Establecer que en farmacia no haya medicamentos vencidos. El 95 % de cumplimiento de medicamentos pendientes para los pacientes de consulta externa.	Subgerencia Servicios de Salud	Referente del Servicio de Farmacia	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se adjunta acta de reunión de farmacia fecha 12 de noviembre donde se socializo procedimiento de semaforización. Se evidencia según informe suministrado por el área de farmacia del 95% durante los meses de noviembre y diciembre en lo que se refiere a entrega de medicamentos pacientes de 62 años (reporte firmado por el referente del área), oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de enero 100%, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de marzo para mayores de 62 años para el mes de enero 100%, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de febrero, oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de febrero 100%, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de febrero, oportunidad de entrega de medicamentos pacientes mayores de 62 años para el mes de marzo 99.72, se adjunta semaforización de medicamentos consulta externa mes de marzo, se adjunta socialización de control de medicamentos vencidos al personal del área, se adjunta inventario de consulta externa con su semaforización correspondiente al mes de mayo, indicador entrega de medicamentos a pacientes mayores de 62 años 99.93%	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigilancia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.010. Por pérdida de placas de rayos x el área de facturación no puede dar respuesta a las glosas presentadas por los pagadores y potencia su riesgo de constituirse en glosa definitiva, de otro lado la lentitud en su proceso de lectura se desencadena la generación de glosas por no allegar este soporte. Efectuado el seguimiento al Comité de Facturación se establece en su sesión 8 de agosto que el proceso de lectura de placas de radiología es muy lento, por tal razón en el mes de abril la mayoría de facturas se fueron sin soporte la radicación del mes de mayo está en las mismas condiciones y el promedio de glosa por falta de este soporte se encuentra en aumento, de igual forma que no se puede realizar lectura de RX por lo no existencia de las placas soporte consecuencia de su pérdida (acta 006 de 2008 del Comité de Facturación) incumpliendo la Ley 87 de 1993 en su artículo 2 literal e).	* Se donó de un libro donde se registraran las placas prestadas a los médicos tratantes y a su vez se les exigirá dejar el carnet que los identifica como funcionarios del hospital, hasta el momento en que retornen estas placas al servicio. Criterio 2 El Hospital contrata los servicios de una secretaria con el fin de agilizar el proceso de transcripción de las placas informadas por la Radióloga, y de esta forma mejorar el estándar de oportunidad en la entrega de resultados en cinco (5) días. El referente del servicio hara un seguimiento a este respecto los cinco primeros días de cada mes, además se incluya nuevo procedimiento de toma y lectura de placas y se incluya como punto de control al estándar de oportunidad de entrega de resultados o sea 5 días	1 - libro de registros de préstamos de placas de RX 2 - Numero de placas tomadas / número de placas con lecturas x 100 3 - Implementación del procedimiento de toma y lectura de placas de Rx	100%	Subgerencia Servicios de Salud y Coordinador de Urgencias	Coordinador de Urgencias / Helbert Sanchez	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se contrato a Nubia Janeth Galan el cual una de sus actividades es transcriptor de datos, se evidencia libro en el cual se hace prestamos a médicos, se evidencia según informe suministrado por Luis Albaracón de las placas tomadas durante noviembre 2168 leídas 2031, ebn el mes de diciembre tomadas 2431 leídas 2584, pendiente por implementar formato de entrega de resultados a archivo de RX (indicador oportunidad entrega de resultados) pues son ellos los encargados de suministrar al paciente la lectumbre, en cuanto al procedimiento esta pendiente su aprobación por resolución. Consumo mes de enero No de estudios con lectura 2768/ número de estudios tomados 2404=115%. Consumo mes de febrero Número de estudios con lectura 1830/ 2242 número de estudios tomados = 81%. Consumo mes de marzo Número de estudios con lectura 1751/ 2394 número de estudios tomados = 73% 28-07-2011. La lectura de los estudios presenta una demora de 15 días calendario debido al incremento en el número de ecografías solicitadas ya que con el nuevo ecografi se dio apertura a nuevos estudios que no se venían realizando con el ecógrafo anterior, a su vez, la demanda de estudios radiológicos tuvo un aumento importante en los últimos meses haciendo que el tiempo requerido para llevar a cabo la lectura se viera afectada. Como acción correctiva se aprobó realizar una brigada que se llevará a cabo los sábados 25 de junio y 2 de julio con el fin de cumplir con el plan de mejoramiento. Número de estudios con lectura 2905/2961 número de estudios tomados= 98% para el mes de mayo	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigilancia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macroprocesos estratégico ( direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercado) , misional ( Urgencias, Consulta externa, Hospitalización, Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo ( Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continuo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que estas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución	Actualizar y aprobar las Políticas de Operación con que cuenta el Hospital	Numero de políticas aprobadas por resolución / Total de políticas generadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	A la fecha no ha sido aprobado ninguna política institucional. Resolución 00088 de abril de 2011 se aprueba la política de seguridad informática	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigilancia 2009	Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macroprocesos estratégico ( direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercado) , misional ( Urgencias, Consulta externa, Hospitalización, Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo ( Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continuo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que estas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución	Socializar a los referentes las políticas de operación de acuerdo al mapa de procesos	No de funcionarios a quienes se socializo las políticas de operación / Total de funcionarios seleccionados para capacitación	100%	Planeación y Sistemas	Planeación y los referentes de cada área	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se adjunta circular firmada por el Gerente al equipo de análisis o responsable del proceso con el objetivo que cada uno difunda las políticas de operación tal como lo establece la resolución en donde se aprueba esta política, planeación hara seguimiento mensualmente adjuntando evidencias de los responsables con cada grupo de colaboradores. El 2 de junio se socializa política de seguridad informática se adjunta evidencia	c

Tipo Informe	8	8 GESTION													
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Moneda Informe	1														
Entidad	412														
Fecha	2010/12/31														
Periodicidad	6														
4	8														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adaptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macroprocesos estratégico ( direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional ( Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo ( Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continuo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que estas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución	Verificar la socialización de las Políticas de Operación	Número de funcionarios evaluados / Total de funcionarios programados para la evaluación	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se evidencia socialización del Asesor de Gestión Pública y Autocontrol al personal que labora en esa área, se adjunta socialización políticas de seguridad informática, Urgencias, Direcció, Sistemas de Gestion de calidad, 5 de 16		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adaptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macroprocesos estratégico ( direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional ( Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo ( Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continuo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que estas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución	Realizar los ajustes respectivos a las políticas de acuerdo a los procesos que las requieran	Numero de ajustes realizados / ajustes requeridos en políticas operacionales	Numero de Ajustes	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/12/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se aprueba política de seguridad informática		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005- estructura del Modelo.	Conformar el equipo análisis de los procesos	numero de equipos conformados/procesos del sistema de gestion de la calidad	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se notifica mediante circular y correo interno a los referentes del equipo de análisis y procesos.		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005- estructura del Modelo.	Socializar el equipo análisis de los procesos al interior de la organización	No de areas capacitadas/ Total de areas seleccionados para capacitación	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/15	2011/10/31	Mensual	100%	Se socializa a través de la página web y se realiza seguimientos en comites de calidad		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005- estructura del Modelo.	Implementar el plan padrino para el cumplimiento de las acciones programadas	Plan Padrino Desplegado / Plan padrino programado	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/15	2011/10/31	Mensual	100%	Durante los meses de noviembre y diciembre el grupo de calidad se trasladó a las áreas con el objetivo de identificar el líder o padrino para elaborar la estrategia y presentar en el mes de enero de 2011 al Gerente, del anterior ejercicio se seleccionaron 54 padrinos. Se da inicio a la estrategia de comunicación plan padrino, se escoge los líderes para socializar los sistemas de gestión y a su vez se evaluara conocimientos de procedimientos de sus áreas como tambien el listado maestro de documentos. con esta estrategia de comunicación se socializa sematización del riesgo de seguridad del paciente, plataforma estratégica y segregación en la fuente se hace entrega de las cartillas con cubrimiento del 100% de los funcionarios, se deja como tarea para el siguiente mes socialización de procedimientos y guías de cada servicio, indicadores del pos y el reporte de quejas y reclamos de los funcionarios a cargo de cada lideren el cual se escogen los líderes responsables y sus reuniones se realizaran mensualmente a partir del mes de junio. Ser socializo enfoque basado en procesos, ciclo de mejoramiento continuo, mapa de procesos, procedimientos y codificación de listado maestro de documentos, igualmente las características de la calidad y se informa que se evaluara lo del mes anterior y el presente, se consolió cuadro de control con las calificaciones de todos los padrinos		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005- estructura del Modelo.	Verificar la efectividad de las acciones formuladas con la lista de chequeo	Acciones formuladas efectivas según Listas de chequeo diligenciadas / Total de listas de chequeo programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2011/01/15	2011/10/31	Trimestral	100%	Una de las actividades del plan padrino es la verificación del cumplimiento de las tareas en cada uno de los servicios diligenciando lista de chequeo, que se implementara a partir del mes de junio		c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.013 En la verificación del cumplimiento a los términos pactados para el pago de las obligaciones, llama la atención que en algunos contratos no se cumple con ello, es así como en el contrato 585 pactaron pagos a los 90 días, llegando en algunas oportunidades a los 6 meses el pago, igual situación con el contrato 1132 se efectuaron 4 meses después, lo que puede generar riesgo para la entidad ante eventuales demandas. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Dar cumplimiento a lo establecido a lo pactado	contrato de proveedores cancelados de acuerdo a lo pactado/ contratos suscritos	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero	0	2011/02/01	2011/10/31	Trimestral	58%	Esta acción correctiva iniciaba el 2 de febrero, se recibe cuadro firmado por el Tesorero del Hospital Edwin Mauricio González cumpliéndose en 54% de no vencido y vencidad en un 46% para el periodo del febrero al abril de 2011, teniendo en cuenta que los saldos que se manejan en este periodo es importante anotar que la falta de liquidez no permite cumplir en su totalidad con los compromisos pactados con los proveedores de bienes y servicios.		c

Tipo Informe		8		8 GESTION													
Formulario		3401		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Moneda Informe		1															
Entidad		412															
Fecha		2010/12/31															
Periodicidad		6															
4		8															
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION													
				ACCION CORRECTIVA													
				INDICADOR													
				META													
				AREA RESPONSABLE													
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION													
				RECURSOS													
				FECHA DE INICIO													
				FECHA DE TERMINACION													
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO													
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA													
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA													
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.014 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$2.4 millones por el pago de la imposición de multas confirmadas por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0397 de mayo 27 de 2008, 146 de 6 de marzo de 2008 y 0734 de julio 7 de 2008, en virtud de multas impuestas al hospital mediante resoluciones 053 de febrero 20 de 2006 (\$0.4 millones), 537 de octubre 10 de 2006 (\$1.2 millones) y 1001 de octubre 17 de 2007 (\$0.86 millones), respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a las resoluciones expedidas por el ente auditado durante la vigencia 2008 y 2009 se establece que en virtud de quejas presentadas por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad, previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital mediante ordenamiento de tres cheques de gerencia de la cuenta 0084 - 6999 - 9901, como consta en oficio 515 ANT 261 dirigido al gerente del Banco Davivienda el día siete de septiembre de 2008 y recaudados por el Fondo Financiero Distrital mediante comprobantes de ingreso a Bancos No 107808 (\$1.2 millones), 107809 (\$0.4 millones) y 107810 (\$0.86 millones) fechados el 30 de septiembre de 2008. Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.	Verificar estado de indagación preliminar de acuerdo con el Artículo 150 de la Ley 734 de 2002, para determinar la apertura de la investigación disciplinaria.	Sanciones impuestas / Investigaciones en proceso. Capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas y evaluar adherencia	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerente Administrativo y Financiero	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se recibe oficio No. 350-GFCDI de 16 de junio de 2011 de Control Disciplinario interno en donde relaciona el estado de las investigaciones disciplinarias por multas en el periodo de noviembre a junio de 2011. Expediente Disciplinario 002 de 2011 multa por parte de la Secretaría Distrital de Salud por la suma de 8,160,000 de conformidad con las copias de las resoluciones remitidas por la Oficina Asesora Jurídica investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente 003 de 2011 multa por valor de \$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Regimen Disciplinario		c
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.015 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$1.7 millones por el pago de la confirmación de la imposición de sanción proferida por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 262 de enero 31 de 2008 por incumplimiento del artículo 42 de la convención colectiva de trabajo (Resolución confirmada 2546 de octubre 6 de 2003 de la Coordinación Grupo de Prevención, Inspección Vigilancia y Control de esta Dirección Territorial). Revisada la unidad documental Resoluciones 2008 se establece que mediante Resolución 096 de 2008 se ordena el pago de multa impuesta contra el hospital consecuencia de queja presentada por la agrupación de conductores al servicio del distrito capital, por presunta violación de la convención colectiva de trabajo, especialmente el artículo relacionado con el suministro de dotaciones, dado que se resolvió sancionar al empleador con multa, la cual fue cancelada de conformidad a la sanción impuesta mediante consignación No. 1142474, efectuada en el Bancolombia, como consta en oficio 315 AT 147 de junio 11 de 2008 del Hospital San Blas Grupo Funcional Tesorería y dirigida a la Tesorería Sena Regional Distrito Capital. Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.	Verificar estado de indagación preliminar de acuerdo con el Artículo 150 de la Ley 734 de 2002, para determinar la apertura de la investigación disciplinaria. Verificar y realizar seguimiento a la convención colectiva con el objetivo de dar cumplimiento a lo pactado	Sanciones impuestas / Investigaciones en proceso. Seguimiento y cumplimiento a la convención colectiva.	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerente Administrativo y Financiero	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se recibe oficio No. 350-GFCDI de 16 de junio de 2011 de Control Disciplinario interno en donde relaciona el estado de las investigaciones disciplinarias por multas en el periodo de noviembre a junio de 2011. Expediente Disciplinario 002 de 2011 multa por parte de la Secretaría Distrital de Salud por la suma de 8,160,000 de conformidad con las copias de las resoluciones remitidas por la Oficina Asesora Jurídica investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente 003 de 2011 multa por valor de \$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Regimen Disciplinario		c
Auditoria con Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.3	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.016 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$10.1 millones por el pago de la imposición de multas confirmadas por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0468 de junio 26 de 2007, 564 del 20 de octubre de 2006, 0854 de octubre 4 de 2006 y 1024 del 21 de noviembre de 2007, en virtud de multas impuestas al hospital mediante resoluciones 61404 (\$2.6 millones), 389/04 (\$4.1 millones), 450/2006 (2.2 millones) y 802/2006 (\$1.3 millones), respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a la resolución 085/08 expedida por el ente auditado durante la vigencia 2008 se establece que en virtud de quejas presentadas por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad, previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital como consta en comprobantes de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 0697982 de abril 10 de 2008 (\$2.6 millones), 0097981 de abril 10 de 2008 (4.1 millones), 0097983 de abril 10 de 2008 (\$2.2 millones), 0097984 de abril 10 de 2008 (\$1.3 millones). Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.	Verificar estado de indagación preliminar de acuerdo con el Artículo 150 de la Ley 734 de 2002, para determinar la apertura de la investigación disciplinaria.	Sanciones impuestas / Investigaciones en proceso. Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas y evaluar adherencia	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerente Administrativo y Financiero	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se recibe oficio No. 350-GFCDI de 16 de junio de 2011 de Control Disciplinario interno en donde relaciona el estado de las investigaciones disciplinarias por multas en el periodo de noviembre a junio de 2011. Expediente Disciplinario 002 de 2011 multa por parte de la Secretaría Distrital de Salud por la suma de 8,160,000 de conformidad con las copias de las resoluciones remitidas por la Oficina Asesora Jurídica investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente 003 de 2011 multa por valor de \$3,35,900 investigación se encuentra en etapa preliminar en práctica de pruebas, expediente disciplinario 009 de 2011 multa por valor de \$ 1,384,500 la investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas, expediente 016 de 2011 multa por valor de \$6,866,000 investigación se encuentra en etapa preliminar en prácticas de pruebas. La capacitación programada para el día 21 de junio de 2011 en auditorio del hospital. Se adjunta evidencia capacitación realizada el día 21 de junio Regimen Disciplinario		c

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31														
Periodicidad		6														
4		8														
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION												
				ACCION CORRECTIVA												
				INDICADOR												
				META												
				AREA RESPONSABLE												
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION												
				RECURSOS												
				FECHA DE INICIO												
				FECHA DE TERMINACION												
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO												
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA												
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.017	La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interconectar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.	Establecer en el comité de calidad la responsabilidad que tiene cada presidente y secretario de los comités institucionales	Seguimiento a Comité aprobado/ comités total en la institución	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	Gerencia / Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/02/28	Mensual	100%	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de noviembre, diciembre de 2010 como también actas correspondientes al mes de enero y febrero de 2011 en donde se informa de la responsabilidad y cumplimiento de cada comité institucional.	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.017	La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interconectar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.	Socializar el comité de calidad a los referentes de cada comité	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas/referentes acuerdos de gestión	Gerencia / Planeación y Sistemas	0	2011/03/01	2011/03/30	Mensual	100%	Se adjunta acta de comité de calidad del mes de noviembre, diciembre de 2010 como también actas correspondientes al mes de enero y febrero de 2011 en donde se informa de la responsabilidad y cumplimiento de cada comité institucional.	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.017	La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interconectar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.	Establecer Planes de Mejoramiento a todos los comités a través de Auditorías Internas de Calidad	Auditorias Ejecutadas / Comités Realizados	100%	Subgerencia Administrativa y Talento Humano	Jose Alberto Romero y Laura Acevedo	0	2010/11/01	2011/10/31	Semestral	100%	A través de las auditorias programadas se evidencian seguimientos a comités.	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.018	La Gerencia al expedir actos administrativos con alcance a asuntos que son competencia de la Junta Directiva se expone al riesgo de extralimitación de funciones. Analizado el texto de la Resolución 321 de 2008 mediante la cual se adopta el Código del Buen Gobierno del Hospital "Tito Pombo" para la Administración de la entidad, Subtítulo Junta Directiva - Funciones de la Junta Directiva en donde su contenido define la existencia de la junta directiva, sus funciones, y funciones del gerente se podría estar asumiendo competencias de expedir su reglamento y determinar las funciones del gerente que son de la Junta Directiva. Se incurre en el riesgo de transgredir el acuerdo 17 de 1997 y el acuerdo 20 de 2009 de Junta Directiva del Hospital San Blas.	La Gerencia presentara para aprobación de la Junta Directiva el Código del Buen Gobierno	Código Aprobado por Junta Directiva	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	Gerencia / Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Desde el área de calidad hace entrega del Acuerdo de creación del Código de Buen Gobierno a la Gerencia para su aprobación de la Junta Directiva en el mes de abril. Se aprueba código de Buen Gobierno Acuerdo 013 de 2011	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.019	El hospital no da cumplimiento a la aprobación de los planes operativos por la junta directiva y adoptarlos mediante acto administrativo de conformidad a la normatividad vigente. Revisados los planes operativos para la vigencia 2009 se establece que no fueron aprobados por junta directiva y no se adoptaron mediante acto administrativo. Se incumple el Acuerdo 17 de 2007 y Acuerdo de Junta Directiva 20 de 2009.	La Gerencia presentara para aprobación de los planes operativos vigencia 2010 / 2011	Numero de Planes Operativos presentados para ser aprobados por Junta /Total de Planes Operativos Institucionales	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas	Gerencia / Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/02/28	Mensual	100%	Se recibe oficio de fecha febrero 8 de 2011 firmado por el Asesor Amado Jose Cermeño informando al Gerente Dr Carlos Eduardo Pineda que los POAS y el Plan de Gestión no se presentaran a junta en el mes de febrero por cuanto se hace necesario realizar algunos ajustes a objetivos del Plan de desarrollo Institucional. Fue presentado a la junta para su aprobación y estudio en el mes de marzo los POAS - Acuerdo 9 de 2011 por medio del cual se aprueba los planes operativos 2011 del hospital san blas	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.019	El hospital no da cumplimiento a la aprobación de los planes operativos por la junta directiva y adoptarlos mediante acto administrativo de conformidad a la normatividad vigente. Revisados los planes operativos para la vigencia 2009 se establece que no fueron aprobados por junta directiva y no se adoptaron mediante acto administrativo. Se incumple el Acuerdo 17 de 2007 y Acuerdo de Junta Directiva 20 de 2009.	Socializar los planes operativos	No de actividades de socialización realizadas/Total de actividades de socialización programadas	100%	Gerencia / Planeación y Sistemas/referentes acuerdos de gestión	Gerencia / Planeación y Sistemas	0	2011/03/01	2011/03/30	Mensual	100%	Fue presentado a la junta para su estudio mes de marzo, Acuerdo 9 de 2011 por medio del cual se aprueba los planes operativos 2011 del hospital san blas	c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.3 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.3.020	El hospital no da estricto cumplimiento al diligenciamiento de los formatos mediante el cual se reporta el resultado de la evaluación de desempeño al personal de carrera. Efectuado el seguimiento al cumplimiento de la realización de la evaluación de desempeño en oportunidad al personal de carrera del hospital se establece que los registros no son fácilmente recuperables y que en ocasiones se omite plasmar la firma del evaluador y/o evaluado y cual es el aporte al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se potencia el riesgo de incumplir la ley 909 2004.	Se verificara el correcto diligenciamiento de los formatos con todos los campos diligenciados y firmados por el evaluado y el evaluador	Verificación total de formatos de evaluaciones anuales (campos y firmas) / # total de evaluaciones entregadas	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y Talento Humano	Jose Alberto Romero y Laura Acevedo	0	2010/11/01	2011/10/31	Semestral	100%		c	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.4 Evaluación a los Estados Contables	3.4.1	Al consultar el estado en que se encuentran las conciliaciones bancarias a diciembre 31 de 2009, se evidencia que en la cuenta corriente 840295823 del Banco Davivienda, figuran partidas conciliatorias por Notas créditos no registradas en libros \$219.9 millones, de 2008, así mismo consignaciones no registradas en libros por \$2.1 millones, correspondiente a depositantes no identificados, subestimando el saldo de la cuenta en \$222.0 millones y su correlativa deudores-servicios de salud sobrestimada. Se incumple con lo estipulado en los numerales 108, 110, y 117 del Plan General de Contabilidad Pública, expedido por el Contador General de la Nación, relacionadas con características cualitativas de la información contable, de oportunidad, universalidad y de los principios de contabilidad pública de devengo o causación.	Legalizar las partidas conciliatorias no registradas en libros a diciembre 31 de 2009 determinadas en el hallazgo	Partidas Legalizadas 2009 / Partidas Conciliatorias	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Coordinador de Cartera - Tesorería	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se realiza legalización de la totalidad de las partidas conciliatorias de la vigencia 2009 de la cuenta de ahorro y de la cuenta corriente. Se anexa conciliación bancaria que certifica la legalización de estas partidas.	c	





Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Periodicidad		6														
4		8														
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION												
				ACCION CORRECTIVA												
				INDICADOR												
				META												
				AREA RESPONSABLE												
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION												
				RECURSOS												
				FECHA DE INICIO												
				FECHA DE TERMINACION												
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO												
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA												
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.4	Evaluación a los Estados Contables	3.4.4 En actas de conciliación médica realizadas por el Hospital con la EPS Humana Vivir, se evidencia que el hospital aceptó glosas por que el paciente pertenece a otra EPS o se debe cargar a otro convenio y se debe refacturar, en la verificación a la misma se estableció que no se ha efectuado el mencionado proceso para las facturas 1686790, 1687943 a Salud Total por \$0.16 millones, factura 1656265 \$0.1 millón a Colsubsidio y \$10.3 millones al FFDS, que de no efectuarse la respectiva refacturación podría con llevar a la pérdida de recursos de la entidad, en averiguación realizada en el área de facturación, se informa que las refacturaciones a cargo del FFDS \$50.1 millón, no se han realizado, con lo anterior las cuentas deudoras servicios de salud e ingresos están subestimadas en \$60.5 millones, con lo cual se está 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.	Verificar y refacturar las glosas aceptadas determinadas en este hallazgo, para gestionar su cobro.  Refacturación mensual de la glosa que implique cambio de pagador  Gestionar el cobro de los servicios refacturados con cargo al FFDS.	(Valor Refacturación/Valor Hallazgo)*100  (Total Facturas a Refacturar) / Total Facturas a Refacturar)*100  (Gestiones de Cobro Realizadas/ Gestiones de Cobro a realizar)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Yuli Abarracín - Coordinador facturación- Fanny Rubio - Glosas  Yuli Abarracín - Coordinador facturación  Amanda León - Coordinador de Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se refacturan cuentas del FFDS por valor de \$27.393.050 y se radica cuentas de cobro el día 7 de diciembre de 2010 mediante oficio GFF-3103132196 se anexa evidencia del cual hace parte de la suma \$50.1 millones, este valor de \$27 millones corresponde al valor total de refacturación de \$35.247.985 por la modalidad del contrato teniendo en cuenta que algunas actividades intermedia y no son reconocidas por el fondo. Se evidencia refacturación de la fra 1686790 generada el 22 de octubre de 2008 reemplazada por la fra 2052854 del 16 de septiembre de 2010 de humana vivir a salud total EPS radica con la cuenta de cobra 803693 en el mes de octubre, fra 1687943 (humana vivir) del 23 de octubre de 2008 fue refacturada con la factura 2052844 el 16 de diciembre a salud total con cuenta de cobro 805519 cancelada \$46.680 existe una glosa de \$11,10 por diferencia de tarifas, fra 1656265 de agosto 18 de 2008 a humana vivir se refacturo con 2052830 a colsubsidio el 16 de septiembre cuenta de cobro 805483 fue cancelada en noviembre de 2010. Se anexa cuadro en donde se evidencia refacturación por concepto de cambio de pagador de los servicios prestados de agosto a noviembre de 2010. Se refacturan cuentas del FDS por valor de \$27.393,050 y se radica cuentas de cobro el día 7 de diciembre de 2010 mediante oficio GFF-3103132196 se anexa evidencia	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.4	Evaluación a los Estados Contables	3.4.5 Efectuado el cálculo de la provisión para cartera de difícil cobro con base en lo dispuesto en la Resolución 242 de 2004 de Gerencia del Hospital San Blas, se determinó que esta ascendería a la suma de \$3.785,1 millones, que comparado con el de los estados financieros a diciembre 31 de 2009 estaría subvaluada en \$362,4 millones y por consiguiente su correlativa el gasto afectando el resultado del ejercicio con lo cual se está incumpliendo la Resolución 242 de 2004 del Hospital, acápites 104 y 154 del Plan General de Contabilidad Pública.	verificar la aplicación de la resolución vigente	cumplimiento de resolución vigente	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Myrian del C.Cordoba B-Contadora; Amanda Leon R- Coordinadora Cartera; Verónica Hernández; Tecnico Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Concluido el Saldo del Informe Final de Cartera con el Auxiliar de Contabilidad a 31 Dic de 2010 en la Provision de cartera, cuadrado al 100%	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.4	Evaluación a los Estados Contables	3.4.6 En la cuenta 190504002 Arrendamientos, se registró la factura 37429 de diciembre 1 de 2009 donde cobra adición por \$1.4 millones de la orden de alquiler 657 de abril 24 de 2009, la cual se registró como anticipo, valor no real dado que el 11 de diciembre de 2009 el supervisor certificó el cumplimiento del objeto contratado, mas aún cuando la adición de la orden fue el 31 de julio de 2009 fecha en que ya estaba vencida la orden que fue por dos meses a partir del 29 de abril sin que medie otro si modificatorio a la ejecución del mismo. Por consiguiente la cuenta 1905 quedo sobrestimada en \$1.4 millones y subestimando su correlativa gastos publico social. Incumpliendo con el acápite 104 del POGP	Verificar y realizar el analisis del registro contable, teniendo en cuenta todos los soportes.	Total Registros Revisados / Total Registros Por Revisar)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Myrian del C.Cordoba Becerra-Contadora	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Verificado el Registro del Arrendamiento contabilizado en el Rubro de Arrendamientos Pagados x anticipados y Amortizado en Diciembre de 2009, corresponde a la necesidad de mantener el equipo arrendado hasta la adecuada prestación del servicio a los pacientes, por la cual se realizo la proroga y adición, de acuerdo con solicitud del supervisor de adición firmada por el supervisor con fecha del 19 de junio de 2009, en la actualidad situaciones como esta no se volvieron a presentar.	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.4	Evaluación a los Estados Contables	3.4.7 De la revisión realizada a las órdenes de pago, se establece que el registro contable se ajustó a lo dispuesto en el Plan General de Contabilidad Pública, excepto la contabilización del reconocimiento por servicios públicos y utilización de cocina que debia hacer el contratista al hospital por \$5.6 millones mensual, al haber cruzado su pago con el valor del transpaso que el hospital le reconoció al contratista por \$2.8 millones mensuales, los cuales registrarán el valor neto, es decir la suma de \$2.7 millones, incumpliendo lo normado en el acápite 123 del Plan General de Contabilidad Pública en cuanto a no compensación.	Analizar el registro contable, teniendo en cuenta la forma de contratación. Se solicitará que el contratista pague el reconocimiento de servicios publicos por caja con el respectivo ingreso en presupuesto.	(Geston Realizada/Geston Programada)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Myrian del C.Cordoba Becerra-Contadora	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	El Procedimientos de recauda del pago de servicios publicos del contratista se modifico por el sistema de pago directo a la Tesoreria del Hospital y no descontado de las ordenes de pago por el servicio de alimentación, por usufructo de los Servicios Publicos.	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.4	Evaluación a los Estados Contables	3.4.8 Como complemento para verificar el registro de los hitos que tiene el hospital, se allegó por parte de la Oficina Jurídica el Estado de los procesos administrativos en contra de la Entidad el cual se confrontó con los archivos de procesos en contra de la entidad que se encuentra en SPROJ que lleva la Dirección Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá, realizándose cruce de los saldos ante lo cual se determinó diferencia en alguno de ellos.	Verificar el cruce entre el informe de contabilidad y jurídica de los procesos a favor y en contra registrados en siproj.	Total Registros Revisados / Total Registros Por Revisar)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Myrian del C.Cordoba Becerra-Contadora	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se Verificaron los cruces contables con los saldos del registro de hitos del hospital San Blas los cuales cuadran al 100% entre contabilidad y el SPROJ.	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.5	Evaluación al Presupuesto	3.5.1. Evaluado el recaudo de los rubros Fondo de Desarrollo Local y Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, se encontraron diferencias en las cifras registradas en la ejecución presupuestal en las dos cuentas por cuanto se relacionaron \$673.6 millones, como ingresos de la vigencia 2009, en la cuenta Fondo de Desarrollo Local cuando el recaudo real fue de \$780.6 millones (según recibos de caja 1170365 y 1170369 del 11/03/2009; 1239019 y 1239023 del 22/12/2009) lo mismo sucedió con las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, en la ejecución se reportaron \$1.008.5 millones, mientras que el ingreso real fue de \$901.5 millones. Es importante resaltar que el valor total en el recaudo no se afectó, es decir, al hospital ingresaron \$1.682.1 millones, por concepto del FDL de San Cristóbal, no obstante, la inconsistencia se generó porque no se vienen registrando acertadamente los recaudos en las cuentas respectivas en la ejecución de ingresos, desconociendo lo plasmado en la "Definición de los rubros de ingresos y gastos de las empresas sociales del estado-ESEs".	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la vigencia respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesoreria / valor registrado en presupuesto	12	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto Edwin Gonzalez - Tesorero Amanda Leon - Coordinadora Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	80%	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como tambien enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesoreria y cartera	c
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.5	Evaluación al Presupuesto	3.5.2 En los ingresos corrientes - Venta de Servicios, en las cuentas Régimen Contributivo – EPS, Régimen Subsidado - ARS no Captado, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT, Fondo de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros Pagadores por Venta de Servicios, se presentó subestimación de ingresos, al reportar una diferencia de \$644.9 millones, entre el recaudo registrado en el presupuesto de ingresos y la relación según cartera – tesorería.	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la vigencia respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesoreria / valor registrado en presupuesto	12	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto Edwin Gonzalez - Tesorero Amanda Leon - Coordinadora Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	80%	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como tambien enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesoreria y cartera	c

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Periodicidad		6														
4		8														
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION												
				ACCION CORRECTIVA												
				INDICADOR												
				META												
				AREA RESPONSABLE												
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION												
				RECURSOS												
				FECHA DE INICIO												
				FECHA DE TERMINACION												
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO												
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD												
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA												
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA												
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.3. El rubro Atención a Vinculados inició la vigencia 2009, con un presupuesto de \$16.182,3 millones, que fue adicionado en el mes de junio por \$1.781,4 millones, para arrojar un definitivo de \$17.963,7 millones. El recaudo acumulado durante la vigencia arrojó un valor de \$20.552,3 millones, que representa el 1,14% de la ejecución superando la meta programada. En este rubro también se presentaron diferencias ya que la ejecución de ingresos en el mes de marzo se reportaron recaudos acumulados por \$2.793,1 millones, mientras que cartera presentó la suma de \$2.277,4 millones, la diferencia se generó porque en la ejecución se incluyó el valor correspondiente al recibo de caja No. 1172038 del 18 de marzo de 2009, por valor de \$5,7 millones, (de la facturación de febrero a mayo de 2009), del convenio 137 de 2005, (Accidentes escolares), por lo que esta cifra debió clasificarse como recaudo de las cuentas por cobrar FFDS y no en el rubro Atención a vinculados, como efectivamente sucedió. Situación similar se presentó con el recibo de caja 1174008 del 30 de marzo de 2009, los \$510,0 millones, correspondían al saldo del convenio 978/2008, es decir la clasificación pertenecía a las cuentas por cobrar y no a vinculados.	Efectuar conciliaciones mensuales para registrar los valores correspondientes a la ejecución respectiva por pagador y monto.	Valor de ingresos por tesorería / valor registrado en presupuesto	12	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Mauricio Ariza - Responsable de Presupuesto Edwin Gonzalez - Tesorero Amanda Leon - Coordinadora Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	80%	Se adjunta conciliaciones del mes de noviembre y diciembre de 2010, como también enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011 entre presupuesto, tesorería y cartera	c		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.4. Verificados los registros mensuales de los valores causados por el sistema General de Participación en el rubro presupuestal FFDS Venta de Servicios sin situación de fondos durante la vigencia 2009, se observó que en el mes de noviembre, no se registró el valor correspondiente a la doceava y en diciembre se relaciona como recaudo del mes \$317,8 millones, para un total recaudado hasta diciembre de \$3.178,4 millones, cifra que difiere del total registrado en la ejecución de ingresos a 31-12-09 por \$3.814,0 millones.	Efectuar las observaciones de las ejecuciones en los formatos CBN 1093 y 1094 cuando existan Registrar mensualmente en la ejecución Presupuestal de ingresos los valores correspondiente al Sistema General de Participación-con el FFDS, por venta de servicios y las partidas correspondientes	Observaciones mensuales en informes Sivicof No. De valores registrados/total valores a registrar mensualmente	12	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Jose Alberto Romero y Mauricio Ariza	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	80%	Se adjunta reporte de sivicof formato 1093 - 1094, reporte de predes fuente y registro de ingresos donde se evidencia registro del sistema general de participación meses noviembre y diciembre, se adjunta reporte de sivicof formato 1093 - 1094 reporte de prais fuente y registro de ingreso correspondiente a enero, febrero, marzo, mayo y junio de 2011	c		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.5. La ESE, en medio magnético envió a esta oficina una relación sobre el Sistema General de Participaciones de la vigencia 2009 y relación por concepto de Situado Fiscal Asignado la suma de \$3.814,0 millones, por autoliquidación \$3.667,6 millones, como saldo a favor un valor de \$ 360,6 millones y por saldo a cargo la suma de -\$214,2 millones, para un saldo total a favor del hospital de \$146,4 millones. De los datos suministrados se evidenció que se ha conciliado en salud con las siguientes EPS de la vigencia 2009, en el 2010, con Salud Cooq, por \$53,5 millones (en contra del hospital), Acta del 11 de marzo de 2010; Cruz Blanca por \$2,3 millones (a favor del hospital), el 11-03-2010; Café Salud por \$12,6 millones (a favor del hospital), Acta del 11-03-2010; Coomeva por \$4,8 millones (a favor del hospital), 25-03-2010; Salud Total por \$3,3 millones (a favor del hospital), Acta del 26-04-2010; Humana Vivir por \$0,17 millones (a favor del hospital), acta del 26-04-2010; Famisanar por \$0,99 millones (a favor del hospital), acta del 29-04-2010. Por lo anterior se concluye que se concilió un valor de -\$28,4 millones (en contra del hospital), durante la vigencia 2009.	Establecer las cifras reales con cada una de las EPS, AFP, ARP adjuntando las actas de conciliación	# EPS conciliadas/Total de EPS # de AFP conciliadas/Total de AFP # de ARP conciliadas/Total de ARP	50%	Subgerencia Administrativa y Talento Humano	Jose Alberto Romero y Laura Victoria Acevedo	0	2010/11/01	2011/10/31	Bimestral	42 % en EPS				
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.6. La ESE en el "Informe sobre el plan de desarrollo 2008-2012 a diciembre 31 de 2009" reportado en SIMCOF como documento electrónico CBN-1014, plantea en el Objetivo Estructurante 1: "Sostenibilidad Financiera", numeral 9 al "Mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria - Optimizar la Infraestructura del Hospital San Blas II Nivel Indicador/ Meta, Proyecto Reordenamiento Físico, Ampliación y Reforzamiento Estructural del Hospital San Blas II Nivel Inscrito, estudios realizados y ejecución", en este contexto se analizó que del presupuesto de gastos e inversión aprobado para la vigencia 2009, por valor de \$40.207,9 millones, solamente se asignó para inversión el 0,7% (245,0 millones) para dotación. Este hecho permite evidenciar que no se está cumpliendo con uno de los objetivos estratégicos del hospital cual es la competitividad, enmarcada dentro del Programa Distrital hacia el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud y con el artículo 1 del Decreto 1789 de 1994.	1.Gestionar la "Viabilización de los estudios correspondiente al proyecto sobre reordenamiento físico, ampliación y reforzamiento estructural del hospital. 2. Gestionar ante la Oficina de Planeación de la SDS los recursos pertinentes para iniciar los estudios 3. Revisar que el estudio a realizar corresponda a lo requerido por el hospital 4.Tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias	Un (UNO) anteproyecto elaborado de la SDS los recursos pertinentes para iniciar los estudios 3. Revisar que el estudio a realizar corresponda a lo requerido por el hospital 4.Tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%		c		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.5 Evaluación al Presupuesto	3.5.7. En cumplimiento al objetivo del programa de auditoría correspondiente al operativo de cierre presupuestal practicado al Hospital San Blas al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se verificaron las operaciones de cierre registradas en los formatos CB 1007 relacionada con el cierre presupuestal y el formato CB1008 que registra los movimientos de cierre. Se examinaron los registros presupuestales del Hospital presentados en el formato CB-1007, de acuerdo a la información consignada en el acta de visita especial, verificándose que en los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2009, se consolidaron un total de 91 registros presupuestales por un monto total de \$1.244,9 millones. En el acta de visita especial realizada por la Contraloría al Hospital el 04/01/2010, para verificar las operaciones de cierre, la comisión asignada para la diligencia, observó que la ESE no reportó los formatos CB 1007 y CB 1008, del 30/12/2009 y según el cuadro que presentó la entidad sobre las operaciones del 30 de diciembre, evidenciaron las siguientes observaciones: "En la Orden de compra 1417, según documento físico la Disponibilidad 949 es de fecha 30 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIMCOF (29 de diciembre de 2009)", en el "Contrato 1413, según documento físico la Disponibilidad 945 es de fecha 29 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIMCOF (30 de diciembre de 2009)" y "En el contrato de compraventa 1415 aparece en suadada la disponibilidad 885, en físico corresponde al número 884 como aparece registrado en el formato CB 1007 de fecha 30 de diciembre de 2009".La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2009, registró un déficit presupuestal de \$5.496,1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$29.939,6 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$35.435,7 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2008, fue de \$6.456,1 millones, cifra que representa una disminución del mismo en \$960 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que aunque se tomaron medidas para reducirlo, estas no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera de la ESE, requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. Por lo que no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, Anexo Técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores	Los documentos fuente de los informes de cierre serán escaneados y anexos en el informe diario de cierre junto con el envío, al correo electrónico de la Contraloría. DISMNUR EL DEFICIT PRESUPUESTAL EN EL 2 POR CIENTO	Documentos soporte / Documentos informados Deficit vigencia 2009- Deficit vigencia actual / Deficit vigencia 2009/100	2%	Gerencia y Subgerencia Administrativa y Financiera	Carlos Eduardo Piraya y Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual					
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.1 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción de la modificación y adición 24 de diciembre de 2009, certificado de Reserva Presupuestal No. 3112, 26 de diciembre de 2009, posterior a la celebración del acuerdo de voluntades. Contrato No. 570/09 de prestación de servicio de vigilancia, fecha de suscripción 1 de marzo de 2009, supervisión Subgerencia Administrativa y Financiera, designación sin fecha, certificado de Registro Presupuestal No. 920 del 9 de marzo de 2009, (folio 266). En ese orden de ideas el contrato iniciará en esta fecha y de acuerdo con oficio GFF-P 135-10 de fecha 19 de junio de 2010, la firma del contrato o acuerdo de voluntades y verificando que la fecha de dicho registro sea previa a la ejecución del contrato 2- comunicarse oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fechas, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulan la materia.	1-Verificar que los certificados de disponibilidad presupuestal sean aprobados oportunamente en la etapa precontractual, así mismo verificando que la expedición del registro presupuestal sea posterior a la firma del contrato o acuerdo de voluntades y verificando que la fecha de dicho registro sea previa a la ejecución del contrato 2- comunicarse oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fechas, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulan la materia.	Cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 sec	100%	Judicial / Subgerencia Administrativa y Financiera y Supervisores del Contrato	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ/ JOSÉ ALBERTO ROMERO Y SUPERVISORES DEL CONTRATO	0	2010/11/01	2011/10/30	TRIMESTRAL	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta oficio de febrero 7 de 2011 y junio 3 de 2011 firmado por la oficina sesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autcontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las funciones como supervisión y las obligaciones que de allí se derivan, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos	C		

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Periodicidad		6														
4		8														
		Intermedio														
		12														
		16														
		20														
		24														
		28														
		32														
		36														
		40														
		44														
		48														
		52														
		56														
		60														
		64														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.2 Contrato No. 578/09 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, el 21 de diciembre de 2009, se suscribe adición en valor de \$500 millones y prorroga de 3 meses a partir del 1 de enero de 2010, (folio 367), certificado de Reserva Presupuestal No. 3092, 26 de diciembre de 2009, (folio 368), de la misma manera el 25 de febrero de 2010, se suscribe adición por \$1200 millones, (folio 431) certificado de Reserva Presupuestal No. 565, 26 de febrero de 2010, (folio 432), de otra parte se transgrede lo establecido en el numeral 3. de la Resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 de la Secretaría de Hacienda (Manual de programación ejecución y Cierre Presupuestas), Orden No. 611109 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, supervisor referente de laboratorio clínico junto con el almacénista designación sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 16 de abril de 2009, (folio 21), por ende el contrato solo podrá iniciar a partir de esta fecha y lo visto es que inicio el 28 de enero de 2009.		1-Verificar que los certificados de disponibilidad presupuestal sean aportados oportunamente en la etapa precontractual, así mismo verificando que la expedición del registro presupuestal sea posterior a la firma del contrato o acuerdo de voluntades y verificando que la fecha de dicho registro sea previa a la ejecución del contrato 2-comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fechas, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulan la materia.	cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003 y resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 sec	100%	Judicia / Subgerencia Administrativa y Financiera y Supervisores del Contrato	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ JOSE ALBERTO ROMERO Y SUPERVISORES DEL CONTRATO	0	2010/11/01	2011/10/30	TRIMESTRAL	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta oficina de febrero 7 de 2011 y junio 3 de 2011 firmado por la oficina sesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autocontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las funciones como supervisión y las obligaciones que de allí se derivan, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.3 Orden No. 567 prestación de servicios integrales en el área de cirugía, valor inicial \$216 millones, duración inicial tres (3) meses, lo observado fue: 1. 30 de abril de 2009, adición \$140 millones y prorroga en 2 meses más contados a partir del 1 de mayo de 2009, (folio 62). 2. 26 de junio de 2009, adición de \$60 millones, (folio 70). 3. 30 de junio de 2009, adición de \$84 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de julio de 2009, (folio 66). 4. 1 de agosto de 2009, adición de \$89 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de agosto de 2009, (folio 73). 5. 31 de agosto de 2009, adición de \$77 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de septiembre de 2009, (folio 77). 6. 30 de septiembre de 2009, adición de \$75 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de octubre de 2009, (folio 81). 7. 30 de octubre de 2009, adición de \$75 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de noviembre de 2009, (folio 84). 8. 30 de noviembre de 2009, adición de \$74 millones y prorroga por un mes más contados a partir del 1 de diciembre de 2009, (folio 88). Incrementándose el valor inicial en 302.2%, para un valor final de \$869 millones y se prorroga en 8 meses generando el 2.7 en tiempo previsto. Conducta que transgrede el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.		oficiar a los supervisores de los contratos para que durante la etapa precontractual planifiquen un presupuesto y un plazo tendiente a cubrir la totalidad del contrato, orientado a evitar el exceso en la suscripción de adiciones y prórrogas	oficios remitidos	100%	Judicia	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	Semestral	100%			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.4 Contrato No 1194 apoyar la realización de actividades como trabajadora social del proyecto No. 01676/2008: prevención de la mortalidad materna e infantil en la localidad de San Cristóbal disminuyendo las tasas de fecundación, duración: del 8 de septiembre de 2009 al 30 de septiembre de 2009, valor inicial \$11 millones. 1. 30 de septiembre de 2009, adición por \$2.2 millones y prorroga hasta el 30 de noviembre de 2009, (folio 11). 2. 12 de noviembre de 2009, adición por \$0.7 millones y prorroga hasta el 30 de noviembre de 2009, (folio 9). 3. 1 de diciembre de 2009, adición por \$2.5 millones y prorroga hasta el 20 de enero de 2010, (folio 4). 4. 16 de enero de 2010, adición por \$0.5 millones y prorroga hasta el 31 de enero de 2010, (folio 4). Incrementándose el valor inicial en 521.7%, para un valor final de \$7.1 millones		oficiar a los supervisores de los contratos para que durante la etapa precontractual planifiquen un presupuesto y un plazo tendiente a cubrir la totalidad del contrato, orientado a evitar el exceso en la suscripción de adiciones y prórrogas	oficios remitidos	100%	Judicia	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	Semestral	100%	Se adjunta oficio de febrero 7 de 2011 firmado por la oficina sesora de jurídica en la que se informa a la oficina de gestión pública y autocontrol que han sido comunicadas las supervisiones en manera oportuna frente a la iniciación de cada contrato, indicando las funciones como supervisión y las obligaciones que de allí se derivan, de igual manera se han verificados los certificados de disponibilidad presupuestal como también los certificados de registro presupuestal que se realicen dentro de los términos establecidos. Se adjunta circular de fecha 1 de junio emitido por la oficina jurídica en el cual se informa la importancia de realizar seguimiento y planificación de los contratos según lo establecido en la Resolución 206 de 2003 en donde se encuentra como funciones solicitar oportunamente prórrogas y adiciones teniendo en cuenta el trámite contractual posterior que se debe realizar		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.5 Orden No. 585 de suministro de medicamentos para la farmacia del hospital, fecha de suscripción 17 de marzo de 2009, valor \$209 millones, duración 2 meses, lo observado fue la ejecución del contrato hasta el mes de junio, como se evidencia en la información suministrada por la Administración a través del oficio 3130FF1267 del 26 de julio de 2010, en donde se muestran como fechas de entregas: 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, lo impropio es la falta de documento soporte a la prorroga, toda vez que el contrato fue hasta el 17 de mayo 2009, aunado a lo anterior están las certificaciones de cumplimiento firmadas por el supervisor donde consta las fechas posteriores al tiempo de ejecución del contrato, visibles en la carpeta de cuentas por pagar en los folios 38, 33, 26, 20, 12, y 6 este último del 12 de junio de 2009. Incumpliendo con el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.		capacitar a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las mismas, haciendo énfasis en el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas contentivas de los respectivos contratos	capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas	100%	Judicia	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	ANUAL	100%	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como en responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha 24 noviembre de 2010		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.6 Contrato No: 578/09 suministro de alimentos, en algunos momentos no se identifican los efectivos beneficiarios de las dietas (pacientes), como se evidenció en acta fiscal de los días 12, 13 y 14 de julio de 2010, suscrita con la supervisora del contrato y este ente de control a quien se le preguntó: sírvase presentar los soportes de entrega de nuevos y onces durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 12 del mismo mes, la respuesta fue: "Se anexan en trece folios los refrigerios entregados y la lista de pacientes hay soporte de las dietas que se entregaron más no el nombre de los pacientes", lo que deja entrever la debilidad en el control. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, y el artículo 34 de la 734 de 2002.		1- Diseño de formato donde se registren todas las obligaciones del contratista y así poder verificar el cumplimiento de cada una de las obligaciones. 2-Creación de un nuevo formato de supervisión tendiente a que el supervisor determine el cumplimiento de las obligaciones derivadas del objeto contractual. 3- Oficiar a los supervisores de los contratos para que se determine detalladamente el cumplimiento de las obligaciones y actividades (si es del caso en razón a la tipología contractual) derivadas del objeto contractual	1-oficios remitidos. 2-creación de formato de actividades a cargo del contratista 3-creación de informe de supervisión	100%	Judicia	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	ANUAL	100%	2- Se anexa formato de actividades a cargo del formato de actividades a cargo del informe de supervisión aprobado desde el área de calidad.		C

Tipo Informe		8		8 GESTION														
Formulario		3401																
Moneda Informe		1																
Entidad		412																
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2														
Periodicidad		6																
4		8																
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION														
				ACCION CORRECTIVA														
				INDICADOR														
				META														
				AREA RESPONSABLE														
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION														
				RECURSOS														
				FECHA DE INICIO														
				FECHA DE TERMINACION														
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO														
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD														
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD														
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA														
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA														
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.7 Orden No. 567 prestación del servicio integrales en el área de cirugía, contratista: COOPERATIVA DE CIRUJANOS DE COLOMBIA SIGLA COOPERANDO MD representante legal de WILLIAM FLYE CARNE, se evidenció que una de las obligaciones del contratista establecida en la cláusula segunda literal c) presentar mensualmente al supervisor informe de actividades y resultados, (folio 58), al solicitar estos informes no se entregó un informe de horas no soportadas, de otra parte el supervisor mediante escrito informo "... la contratación por horas no es posible obligar a que los tiempos quirúrgicos cumpla estrictamente con las horas agendadas..." en este orden de ideas se observa que se expiden certificaciones sin verificar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por los contratistas, conducta que transgrede el artículo 34 de la Ley 734 de 2002	1- crear un formato de actividades donde se registren todas las obligaciones del contratista y así poder verificar el cumplimiento de cada una de las obligaciones 2- crear un modelo de informe de supervisión de acuerdo a las características del contrato donde se registre, verifique y avale el cumplimiento del objeto contractual previa verificación en las fuentes correspondientes y que incluya los días y horas previamente agendadas, anexando a dicho informe los soportes de las actividades realizadas durante dichas agendadas. 3- Diseñar un nuevo modelo de contrato donde las obligaciones de las partes sean coherentes con el objeto contractual, evitando incluir obligaciones innecesarias o no acordes con el objeto mismo del contrato	-formato de actividades a cargo del contratista 2-creación de informe de supervisión que incluya cumplimiento de días y horas agendadas durante el mes.3- Contrato Ajustado	UNO	Jurídica / Subgerencia de Servicios en Salud	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA / MAURICIO JOSE TRUBIN PARIS	0	2010/11/01	2011/10/30	ANUAL	100%	2- Se anexa formato de actividades a cargo del contratista 3- como tambien formato de informe de supervisión aprobado desde el área de calidad.			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.8 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción 27 de febrero de 2009, supervisión Ingeniera de Gestión Ambiental designación 27 de febrero de 2009 pero con firma y fecha de recibo 24 de marzo de 2009 (folio 265), en consecuencia el contrato iniciaría en esta fecha; lo evidenciado es la conducta impropia del supervisor al dar informe de ejecución al periodo comprendido entre el 1 y marzo de 2009 y el 31 de mismo mes y año, (folio 266) comportamiento inadecuado toda vez que no se puede dar fe de lo no controlado, con lo cual se transgrede el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia	cumplimiento de la resolución interna No 206 de 2003	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	TRIMESTRAL	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta circular de abril 15 de 2011			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.9 Orden No. 739 suministro de insumos reactivos para laboratorio, contratista Análisis Técnicos LTDA., representante legal Armando Osorio Ardila, supervisor referente de laboratorio clínico junto con el almacenero, lo observado: es que a folio 5 de la carpeta de cuentas por pagar se encuentra certificación de cumplimiento expedida por el supervisor de fecha 6 de julio de 2009, documento que difiere con el que reposa en el folio 3 de la misma carpeta el cual muestra el comprobante de entrada a almacén de fecha 13 de julio, en este orden de ideas se certifica el cumplimiento total del objeto contractual cuando se encontraba aún en ejecución, transgrediendo el artículo 34 de la Ley 734 de 2002	oficiar a los supervisores sobre su deber de verificar que los productos o las obligaciones derivadas del objeto contractual, sean recibidos a satisfacción y no haya lugar a equívocos, en cumplimiento de la resolución 206 de 2003	un oficio remitido a los supervisores en cuanto al cumplimiento de las obligaciones que les asisten en acatamiento a la resolución 206 de 2003	100%	Jurídica y de los contratos	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA Y SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS	0	2010/11/01	2011/10/30	TRIMESTRAL	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Se adjunta circular de abril 15 de 2011			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.10 En los siguientes contratos Nos: 567/09, 569/09, 570/09, 571/09, 603/09, 611/09, 1194/09, 1405/09, 1418/09 y 1855/09, se observaron falencias y deficiencias en la supervisión conducta que vulnera el principio de responsabilidad; análogo al artículo 19 del Reglamento Interno de Contratación y a los numerales 3), 4), 5) y 11), de la Resolución No. 206 de 2008, y el artículo 34 de la Ley 734/2008, al evidenciarse ausencia del ciclo hacer y verificar por parte de los fiscalizadores de la ejecución de los objetos contractuales y las obligaciones conexas.	capacitar a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las mismas, haciendo énfasis en el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas contentivas de los respectivos contratos	capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	ANUAL	100%	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha 24 noviembre de 2010			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.11 En la orden No. 1405 de prestación del servicio de capacitación a los funcionarios del hospital 600 personas, en temas del sistema obligatorio de garantía de calidad enfatizando en el Sistema Único de Acreditación Estándar en grupo de Atención al cliente asistencial, cuya suscripción se realizó 30 de diciembre de 2009, con una duración tres (3) meses contados a partir del inicio de supervisión, y un valor \$45 millones, lo observado fue que se capacito personal de contrato, incumpliendo los artículos 1, 3 y 15 de la Ley 909 de 2004, Por lo cual se expiden normas que regulan el empleo público y la carrera administrativa, artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	comunicar a los supervisores de los contratos sobre la imposibilidad de suscribir contratos cuyo objeto sea capacitaciones, y de las cuales se van a beneficiar a los contratistas de la entidad.	oficios remitidos	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	ANUAL	100%	Circular de fecha 18 de Agosto de 2011 Asunto imposibilidad de capacitaciones destinadas a contratistas firmada por la Dra. Dayan Varon Buenaventura Asesora Jurídica			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.12 Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, plazo de ejecución: tres (3) días siguientes a cada solicitud hecha por parte del supervisor, teniendo en cuenta que el suministro se hará en entregas parciales de acuerdo a la necesidad del hospital, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión referente de laboratorio clínico junto con el almacenero, designación documento sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 3 de junio de 2009, lo observado fue que de acuerdo con la información suministrada por la Administración con oficio 313GPF1267 del 08 de julio de 2010, la ejecución se dio en las siguientes fechas 2, 10, 18 y 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 5, 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, en este orden de ideas el contrato empezó antes de ser celebrado, en otras palabras se suscribió en desarrollo de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 28 de enero de 2009, como se evidencia en el siguiente cuadro.	2 capacitaciones al año a los supervisores de los contratos en lo que respecta a las obligaciones que les asiste en consideración a sus funciones, así como de las consecuencias de orden jurídico que les acarrea por el no cumplimiento de las mismas, haciendo énfasis en el cumplimiento en la realización de los informes de supervisión y la obligación de remitirlos para que reposen en las carpetas contentivas de los respectivos contratos. La administración dara cumplimiento a la Normatividad Legal Vigente en cuanto a la ejecución y perfeccionamiento de los contratos. El oficio de designación de supervisión se inclura la fecha.	capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas * Cumplimiento de la normatividad legal vigente. * Documento u oficio de designación de supervisión con fecha	100%	Jurídica y de los contratos	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA Y SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS	0	2010/11/01	2011/10/30	SEMESTRAL	100%	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fecha 24 noviembre de 2010 y marzo 31 de 2011			C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular	3.6	Evaluación de la Contratación	3.6.13 Orden No 745 de suministro de insumos de medicamentos para la farmacia del hospital, Fecha de suscripción: 29 de mayo de 2009, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión, supervisor auxiliar de bodega de farmacia junto con el químico farmacéutico, designación documento sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 15 de abril de 2009, folio 21, la suscripción se realizó el 15 de abril de 2009, lo observado fue que de acuerdo con la información suministrada por la Administración con oficio 313GPF1267 del 08 de julio de 2010, la ejecución se dio en las siguientes fechas 2, 10, 18 y 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 5, 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, en este orden de ideas el contrato empezó antes de ser celebrado, en otras palabras en desarrollo de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 2 de marzo de 2009.	1-comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia. 2-verificar la inclusión dentro de las minutas de los otros modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico	capacitaciones programadas / capacitaciones realizadas * Cumplimiento de la normatividad legal vigente. * Documento u oficio de designación de supervisión con fecha	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	SEMESTRAL	100%	Se adjunta evidencia de listado y materia de capacitación a los referentes del hospital se hizo énfasis en funciones y obligaciones como supervisor, así como las responsabilidades fiscales, penales y disciplinarias que ello implica, fechas marzo 31 de 2011, 24 noviembre de 2010			C

Tipo Informe	8	8 GESTION													
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Moneda Informe	1														
Entidad	412														
Fecha	2010/12/31														
Periodicidad	6	Intermedio	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64
4	8	12													
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.14 Contrato No. 578 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción Despartar, fecha de suscripción: 7 de marzo de 2009, contratista: Carlos Alberto Forero Meyorga representante legal de CEW Servicios Integrales, valor inicial: \$4965 millones, certificado de Registro Presupuestal: No. 937 del 11 de marzo de 2009, término de ejecución: seis (6) meses contados a partir del día de supervisión, (folio 252), designación supervisor, se observan dos documentos el primero a la nutricionista Marcela Pardo Rojas documento sin fecha, pero con fecha de recibo del 1 de junio de 2009, y el segundo dirigido a la nutricionista Beatriz Muñoz al igual que el anterior sin fecha pero con fecha de recibo del 24 de junio de 2009, (folios 300 y 325), en este orden de ideas el contrato iniciaría a partir del 11 de marzo fecha del registro presupuestal, lo observado fue: El 21 de mayo de 2009, el contratista le pidió al gerente del hospital disminuir la tarifa de arriendo y servicios por el uso de las instalaciones de la cocina, en virtud de la inversión realizada en suma de \$600 millones aproximadamente, (folio 324), por lo anterior el 8 de julio de 2009, se suscribe modificación al contrato, el objeto de modificar el literal Av) de la cláusula séptima incluyendo el siguiente párrafo tercero: "El hospital descontará mensualmente del valor a cancelar por el contratista según el párrafo segundo del presente literal, la suma de \$28 millones, por concepto de transporte mensual como contraprestación de las mejoras realizadas por el contratista a las instalaciones del Centro Despartar y el Hospital, a partir del mes de julio de 2009 y hasta la terminación del contrato, sin que en ningún caso el monto reconocido supere el 85% del valor de las mejoras realizadas por éste, para lo cual el contratista se compromete a presentar la liquidación de las inversiones realizadas con los respectivos soportes", (folio 327).	1-comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulan la materia. 2-verificar la inclusión dentro de las minutas de los otros modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico	CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 206 DE 2003 Y EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Durante los meses de noviembre y diciembre no se suscribieron otros modificatorios, se adjunta oficios de febrero y junio de 2011		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.15 Orden No. 1855 Prestación del servicio de aseo para el hospital San Blas II nivel E.S.E. y el centro de atención en drogadicción Despartar, desinfección, lo observado fue: La empresa SERVICIOS GENERALES ASESORES LTDA, en su propuesta económica, informa que 37 operarias a valor unitario de \$1.2 millones para un valor total de \$45.0 millones, (folio 68). Con el oficio No. 300 SAF 337 de noviembre 27 de 2008, firmado por el Subgerente Administrativo y Financiero se emite concepto económico a la propuesta presentada por la empresa SERVICIOS GENERALES ASESORES LTDA, en este concepto se dice: "1. Que el objeto de la propuesta presentada por la empresa antes enunciada por \$45.0 millones se encuentra dentro de las atribuciones contenidas en el manual de contratación del hospital, para ser contratado directamente por el gerente. 2. Que existe en el presupuesto del Hospital la disponibilidad presupuestal que ampara la firma de este contrato. 3. El valor propuesto por la empresa se encuentra dentro de los parámetros que se venía manejando con las anterior empresa prestadora del servicio de aseo", (folio 159)	1. CONCORDANCIA CON LA ADJUDICACION HECHA POR EL REPRESENTANTE LEGAL SE DEBE VERIFICAR QUE LOS CONTRATOS SEAN SUSCRITOS CON BASE A LOS VALORES PRESENTADOS EN LA OFERTA	Valor de los Contratos Suscritos igual a la oferta de servicios o suministros	100%	Jurídica	ANDRÉS LEONARDO FLOREZ OSPINA	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%	Re recibe oficio de marzo 17 y junio 10 d de 2011 firmado por la Dra Dayane calerine varon oficio jurídica certificando que a la fecha se han realizado los controles de conformidad a las cotizaciones presentadas por los diferentes de las mismas		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.16 El área de Mantenimiento funciona en la parte posterior del Hospital con las siguientes dependencias (cuadro comparativo con la norma) Como se observa en el cuadro las áreas de mantenimiento actuales no se contemplan en la norma, lo que transgrede lo establecido por la norma 445/96. De igual forma en cuanto a la ejecución de las obras con personal sin la supervisión o interventoría idónea, transgrede lo establecido por la norma 979. El área total destinada para estas actividades es de 250m2 aproximadamente, adicionalmente existen activos deteriorados para dar de baja ubicados alrededor del área de mantenimiento sin cubierta o protección. Esta observación se evaluó con respecto al funcionamiento actual del área de mantenimiento, de acuerdo con los soportes presentados de procedimiento y plan de mantenimiento del Hospital. En las visitas realizadas tanto al área de mantenimiento como de las obras en ejecución se encontró lo siguiente: Fotos anexo No.4.6.	Elaboración de estudio costo beneficio para el área de mantenimiento	Estudio realizado / Estudio programado	100%	planeación y Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Cermeño y Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.6 Evaluación de la Contratación	3.6.17 Se evidenció que en el Hospital San Blas no se dió aplicación a lo señalado artículo 25 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y, toda vez que en visita realizada a la sede del Hospital el 6 de julio de 2010 y después de evaluados los soportes tanto en acta con el referente de recursos Físicos, como en oficios del Hospital a la Secretaría Distrital de Salud, y en las visitas a las obras con el referente, se evidenció el incumplimiento de las normas hospitalarias en cuanto a la ejecución de obras de mantenimiento sin la dirección o supervisión profesional necesaria para tal fin. El hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin, pueden generar alto riesgo para el Hospital tanto de las áreas intervenidas como de todas las dependencias del Hospital. Se anota que las obras ejecutadas y citadas anteriormente hacen parte del plan de habilitación del hospital exigida por la Secretaría Distrital de Salud en concordancia con las normas Hospitalarias. Por lo anteriormente se observa incumplimiento a lo señalado en el Artículo 2 5 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y el párrafo segundo del artículo 49 del Capítulo 12 de la Resolución 4445 de 1996. En virtud de lo expuesto y dado que la Administración obvió el cumplimiento de la normativa citada, se halla incurso en la inobservancia a los deberes contemplados en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2002	1-Socializar los Planes de Acción al interior de cada área del Hospital 2- realizar seguimiento trimestral con el personal de las áreas sobre aplicación y resultados registrando en los formatos para establecer las acciones de mejora	Habilitación de Servicios, 2 gestiones ante la secretaria Distrital de Salud del acompañamiento idóneo en la realización de mantenimientos	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.7 Evaluación el Plan de Desarrollo y Balance Social	3.7.1.1 Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de acción de la subgerencia desarrollo de servicios de salud no lo conocía, la responsable del programa de promoción y prevención (lactancia materna y gestante asistida). Así las cosas, se evidenció que la información no es confiable y uniforme, y como tal no se puede hablar de un cumplimiento de metas, en el entendido de quien realiza la actividad no tiene unos parámetros claros acerca de que están midiendo y genera incertidumbre en cuanto a al resultado del indicador, e igual no coincide el resultado que tiene el plan de acción, con el registrado por el responsable de realizar la actividad. Transgrediendo los literales d y e, artículo 2 de la Ley 87 de 1993, hechos que no permiten mostrar resultados de las acciones realizadas, y por ende la gestión de la entidad.	1-Socializar los Planes de Acción al interior de cada área del Hospital 2- realizar seguimiento trimestral con el personal de las áreas sobre aplicación y resultados registrando en los formatos para establecer las acciones de mejora	Planes de acción socializados / Planes de acción formulados. Actas Trimestrales de registros de los seguimientos y planes de mejora	100%	Planeación y Referentes de cada área	Jose Cermeño y referentes de área.	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%	En desarrollo consolidación POA de todas las áreas involucradas, para ser socializado su resultado en febrero 2011. Se socializa posición los referentes de las áreas se adjunta evidencias firmados por cada referente. Se recibe seguimiento a poses del primer y segundo trimestre del área de planeación		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.7 Evaluación el Plan de Desarrollo y Balance Social	3.7.1.2 Para el objetivo enunciado en el párrafo anterior la actividad que se revisó y verificó fue capacitar a 82 miembros de la asociación de usuarios en la política pública de participación social en salud y 80 usuarios de los servicios del hospital. En el plan se observa una meta de 160 personas capacitadas contando con un total de 164. Al realizar la visita a esta área se evidenció que la información de los soportes de las personas capacitadas no estaba completa, soportando mediante copias de listado (6 folios) de asistencia a reuniones de derechos y deberes a 75 personas entre funcionarios, asociación de usuarios y población beneficiaria del hospital. Así mismo se mencionaron unas capacitaciones realizadas por el SENA en el tema "Servicio al cliente", a 17 personas del hospital, sin embargo no se evidenció una relación de los asistentes o certificación alguna de esta capacitación. Con lo anterior se concluye que no hubo cumplimiento de la meta, como se plasmó en el acta de visita fiscal realizada, además se demuestra que no existe confiabilidad en la información, ni unidad documental que permita fácilmente recuperarla, en el efecto que se hayan hecho las actividades y no estén los soportes que comprueben el cumplimiento de la meta propuesta, transgrediendo el numeral d y e del numeral 2 Ley 87 de 1993.	Capacitar sobre la política pública de participación social a 80 usuarios de los servicios del hospital y a 82 miembros de la asociación de usuarios, adjuntando formatos de asistencia y evaluar la adherencia, enviando estos soportes al área de planeación con el objetivo de alimentar el POA	Numero de personas capacitadas / Total de personas a capacitar encuestas de adherencia a la política de participación social	100%	Atención al Usuario	Andrea Luengas Muñoz	0	2010/11/01	2011/10/30	Mensual	100%	Se capacitaron 134 personas incluyendo usuarios del hospital y miembros de la asociación de usuarios, pendiente por entregar adherencia. Se adjunta evidencias de capacitaciones realizadas los días de noviembre 2, 3,5 para un total de 217 miembros de la asociación de usuarios, en lo que tiene que ver en la evaluación de adherencia a la política pública de participación social y servicio al ciudadano se toma como muestra al 25% o sea 54 usuarios		

Tpo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31														
Periodicidad		6		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
		Intermedio														
		12														
		16														
		20														
		24														
		28														
		32														
		36														
		40														
		44														
		48														
		52														
		56														
		60														
		64														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.7.1.3 De lo señalado en el párrafo anterior se encontró que de las 25 camillas rodantes que ingresaron al hospital en enero de 2010, con número de ingreso 008580, 8 camillas ya se habían dañado las ruedas, 6 en el mes de abril, las cuales ya las había arreglado el contratista, al cambiarse las ruedas, y las otras dos (2) camillas en el momento de la visita (acta de visita del día 30 de julio de 2010) estaban dañadas y ubicadas en el pasillo que conduce al almacén. Además de los anteriores daños se observó que las camillas unas (3), más que otras tenían en las barandas y en los pegues oxidado deterioro y/o mala calidad en el corto tiempo de uso (6 meses) y de haber ingresado las camillas al hospital, aspecto no percibido por la persona asignada para ejercer la supervisión del contrato. Lo enunciado anteriormente, contraviene el numeral 3 del artículo 1 de la Resolución N.000206 del 25 de agosto de 2003 – "por la cual se establecen las funciones de los supervisores e interventores". En lo relacionado con "Ejecutar seguimiento a las actividades del contratista evaluando y calificando el grado de cumplimiento en cada etapa de ejecución contractual, teniendo como criterios de evaluación, el objeto del contrato, el plazo de entrega, las especificaciones técnicas de calidad..." así como el artículo 34 de la ley 734 de 2002.		1-comunicar oportunamente el encargo de supervisión de los diferentes contratos, con indicación de fecha de inicio, así mismo sobre las obligaciones que les asisten en cumplimiento de su función, todo ello en concordancia con el ordenamiento jurídico y las normas internas que regulen la materia. 2-verificar la inclusión dentro de las minutas de los otros modificatorios, de la justificación de dicho acto jurídico	Cumplimiento de la Resolución 206 de 2003 Estatuto de Contratación del Hospital Número de Supervisiones Notificadas / Número de Supervisiones Ejecutadas	100%	Jurídica / Subgerencia Administrativa y Financiera y Supervisores del Contrato	Andres Leonardo Florez Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/10/30	Mensual	100%	Se adjunta comunicaciones a los supervisores de los contratos durante los meses de noviembre y diciembre, como también enero, febrero y marzo de 2011 en el cual se hace énfasis del cumplimiento de la resolución 206 del 2003, realizando seguimiento por parte de la oficina de gestión pública y control evidencia que esta comunicación generalmente es a partir del perfeccionamiento del contrato. Durante los meses de noviembre y diciembre no se suscribieron otros modificatorios.		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.7 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.7.3.1 Los anteriores hechos demuestran, que la falta de conocimiento y un profesional con la idoneidad requerida para el tema formulación del proyecto, Reforzamiento y Reordenamiento y ampliación del Hospital San Blas", incidió para que terminara la vigencia del 2009 sin que se diera inicio a la ejecución del mencionado proyecto, ocasionando retrasos en lo propuesto en la programación que se plantea en el Decreto 318 de 2006. Incumpliendo con lo consagrado en el numeral 1 del artículo 8 y artículo 22 del mencionado decreto, por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamiento en Salud.		Gestionar la "Viabilización de el proyecto de Reordenamiento, reforzamiento y ampliación del Hospital	Gestiones realizadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.1 Observaciones relacionadas con la Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia A. En las fotos enviadas en el oficio de fecha 21 de julio de 2010, radicado 321-GFTH-0585, como soportes de las acciones realizadas para corregir las observaciones reportadas por la Contraloría, se encuentra un total de cuarenta y un (41) recipientes sin tapa, razón por la cual no cumplen con las características necesarias y permitan la entrada de agua, insectos y/o roedores, el escape de líquidos o gases con el riesgo de contaminación de las áreas asistencialistas. B. Disposición en recipiente verde de material reciclado. AREA ADMINISTRATIVA se encontró la precitada transgresión a la disposición de residuos corrientes y reciclables en las oficinas de Oficina de Control Interno, Sistemas, Subgerencia Administrativa, oficinas del Subgerente y de la secretaria, Coordinación Financiera y Contratación, este hecho incrementa el volumen de residuos corrientes depositados en Doña Juana. Los hechos citados en los literales A, B y C, contravienen lo estipulado en los numerales 3.6 Infección contagiosa e infeccioso cortó punzante, 2.3.1.3 y 2.3.1.4 del PIDA-718 HSB, el numeral 7.2.1 del Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia del Decreto 2676 de 2000 y los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993.		A. Dotación de 41 recipientes con tapa y demás características requeridas B. Realizar inspecciones mensuales con retroalimentación al personal sobre segregación de residuos ordinarios y reciclables.	I=(#Recipientes suministrados/41 Recipientes por suministrar)*100 B=(# Inspecciones con retroalimentación realizadas/12 inspecciones con retroalimentación por realizar)*100	A. 100% (41 recipientes con tapa suministrados) B. 100% (3 Inspecciones con retroalimentación al personal administrativo)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Adriana Patricia Rincón	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%	Se recibieron las canecas según las condiciones requeridas, se adjunta oficio de entrega y recibido a satisfacción por el área de Gestión Ambiental. En los meses de noviembre, diciembre y enero se realizaron las inspecciones sobre segregación de residuos. Se adjunta inspecciones mensuales sobre segregación de residuos meses, febrero, marzo, abril de 2011		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.2 Centro de Atención en Drogadicción Despertar Trampa de Grasas. La cocina es operada, desde abril de 2010, por la empresa CEW SERVICIOS INTEGRALES que mediante el contrato 678 de 2009 suministra los alimentos a los usuarios y no cumple con la medida de tratamiento para el manejo de vertimientos: trampa de grasas, con el vertimiento de aceites y grasas en los conductos de alcantarillado los cuales incrementan la contaminación de las aguas servidas. Falencia que contraviene lo reglado en artículo 23 de la Resolución 3957 de 2006 de SDA, los artículos 1 y 2, Ley 87 de 1993 y el artículo 27, los numerales 1 y 4 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.		Construcción de la trampa de grasas por parte de la empresa contratista CEW SERVICIOS INTEGRALES	I=Trampa de grasas construida	100% (Trampa de grasas Centro Despertar construida)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero y Beatriz Muñoz	0	2010/11/01	2011/01/15	Trimestral	100%	En Enero de 2011 la empresa CEW servicios integrales instalaron dos trampas de grasas en el área de cocina del centro Despertar, se adjunta oficio y fotos		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.3 Centro de Atención en Drogadicción Despertar. El tanque de agua y las motobombas no están en funcionamiento porque los contratistas (la obra fue construida por la Secretaría Distrital de Salud y entregada al Hospital San Blas el 10 de septiembre de 2007), no instalaron el bypass, por tal razón los recursos invertidos en los años 1997, 1998, 1999, 2005, 2006 y 2008, los cuales de acuerdo a información remitida por la Secretaría Distrital de Salud ascienden a \$3.979.4 millones, en lo relacionado a los dineros invertidos para la construcción e instalación del tanque y el cuarto de motobombas, no han cumplido su objetivo. Además el hospital tiene bienes cuya administración y custodia le fueron confiados en razón de sus funciones y los mismos han presentado problemas que a la fecha no han permitido su operación y transgrede el compromiso definido en el numeral "3) Informar a la Secretaría Distrital de Salud cualquier inconveniente que se llegue a presentar con respecto al inmueble" del Acta de Entrega y Recibo de las instalaciones del área del Centro de Atención a la Drogadicción los Balcones, suscrita entre la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital San Blas II nivel de Atención ESE, el 10 de septiembre de 2007, el numeral 13 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002 y los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.		Gestionar ante la Secretaría Distrital de Salud la instalación del Bypass	I=Bypass instalado	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/03/31	Trimestral	100%	El área de mantenimiento informa al área de gestión ambiental que no es necesario la construcción o gestión del bypass por cuanto mantenimiento esta funcionando el tanque de almacenamiento de agua, sin embargo se oficiara a la Secretaría Distrital de Salud		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.4 Área y oficinas de mantenimiento. En las dos visitas realizadas al área se evidenció desaseo y desorden de elementos, herramientas, ropa, zapatos, documentos, etc., (ropa y zapatos tirados al lado de la planta de emergencia y dentro de un estante), de responsabilidad de los trabajadores de mantenimiento los cuales realizan sus labores dentro de las instalaciones del hospital sin ropa de trabajo, ni elementos de protección adecuados con la actividad que desarrollan y en condiciones de bioseguridad de riesgo tanto para ellos como para los servicios asistenciales. Además las condiciones de orden y aseo del Área de Mantenimiento no garantizan un escenario laboral y de seguridad ocupacional seguro. Las causas de estas falencias son originadas en la no exigencia por parte de la entidad a los trabajadores de mantenimiento del cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad industrial, de unas condiciones de presentación y disposición del área de trabajo, de un plan de mantenimiento y del aseo periódico del área en aras de garantizar unas condiciones laborales y físicas acordes con las normas. Estas incongruencias incumplen lo definido en los artículos 98, 99, 111, 112 y 206 de la Ley 9 de 1979, artículos 29 y 33 de la Resolución 2400 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.		Realizar inspecciones mensuales sobre uso de EPP y estado de orden y aseo del área de mantenimiento.	I=(#inspecciones realizadas/12 inspecciones por realizar)*100	100% (Uso de EPP y correcto estado de orden y aseo)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jenny Patarroyo y Adriana Rincón	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se adjunta lista de chequeo meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero, febrero, marzo, abril, mayo sobre uso de elementos de protección y estado de orden y aseo en el área de mantenimiento.		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8 Componente Gestión Ambiental	3.8.5 Fuentes Fijas: A. Caldera. En la visita realizada el 28 de junio de los corrientes, se encontró que las áreas donde se encuentran los equipos no están demarcadas ni están rotulados con sus respectivos nombres y las instalaciones, pisos, techos y paredes, presentan un estado de infraestructura y aseo que no esta acorde con los requerimientos de seguridad y de salud ocupacional que deben reunir estas instalaciones; lo anterior evidencia problemas de controles por parte de la administración para el cumplimiento de las normas y las falencias en el seguimiento de los parámetros de funcionamiento de la caldera al igual que el mantenimiento de sus conexiones y partes pueden generar problemas de operación, manejo e incremento de las situaciones de riesgo y desastres, además la falta de señalización de la caldera y sus partes incrementan las condiciones de inseguridad para la entidad y sus trabajadores. B. Tanque de ACPM obsoleto. Está ubicado en el área verde del hospital, tiene varios años de no ser utilizado, continúa visualmente, tiene unas infraestructuras en ladrillo y madera en deterioro, que representan un peligro para la seguridad del hospital por los daños, de las condiciones atmosféricas a la pintura y lámina que pueden generar gases, lo anterior como resultado de puntos de control y seguimiento para darle el fin apropiado a este tanque obsoleto. C. Cilindros de gas propano de 500 litros sin utilizar. Frente a las trampas de grasa se encontraron dos cilindros de aproximadamente 500 litros cada uno de COLGAS y de propiedad del Hospital, los cuales no se utilizan desde hace unos catorce años y constituyen en un riesgo para la seguridad de la entidad por el proceso natural de deterioro de los cilindros que a pesar de estar desocupado puede generar gases, intoxicaciones y riesgo explosión, hecho causado por falencias en los puntos de control y seguimiento de estos tanques por parte de la administración.		A. Realizar el mantenimiento, señalización y adecuación del área de la Caldera. B. Realizar proceso administrativo de baja y evacuación del tanque ACPM. C. Realizar proceso administrativo de baja y evacuación de los cilindros de gas	I=(# Items aprobados mediante lista de chequeo/12 items por evaluar mediante lista de chequeo)*100 B=Tanque ACPM dado de baja y evacuado C=Cilindros de gas dados de baja y evacuados	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	A. Erwin Ramirez y Claudio Rodriguez	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	En cuanto a la acción correctiva de demarcación de las áreas de las calderas mantenimiento informa que ya fue realizada falta verificación por el área de gestión ambiental. En cuanto a la acción correctiva b y c almacén informa según oficio 331-AA-146, que se inicia un nuevo proceso de baja de elementos el cual esta pendiente de aprobación por parte de la junta. Se adjunta concepto del coordinador de mantenimiento claudio Rodriguez donde estan incluidos tanque horizontal cilíndrico ACPM y cilindro de gas propano 420 lb, acta de baja de mal estado de los mismos elementos dada por el área de activos fijos, listado de muebles y enseres inservibles presentado al comité de inventarios para su baja, estos elementos no deben ser aprobados su baja por junta Directiva.		C

Tipo Informe		8		8 GESTION													
Formulario		3401															
Moneda Informe		1															
Entidad		412															
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Periodicidad		6															
4		8															
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION													
				ACCION CORRECTIVA													
				INDICADOR													
				META													
				AREA RESPONSABLE													
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION													
				RECURSOS													
				FECHA DE INICIO													
				FECHA DE TERMINACION													
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO													
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA													
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA													
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8	Componente Gestión Ambiental	3.8.6 Gatos. Se observó una población de gatos de más o menos unos ocho a diez animales, los cuales se constituyen un riesgo para la salud de trabajadores y pacientes en razón al posible contagio por raba, peste, parásitos, entre otras enfermedades, además de su incremento poblacional por la ausencia de esterilización. Esta población es resultado de la ausencia de controles por parte de la administración y contraviene lo estipulado en los literales b) y c) del artículo 591, los artículos 201 y 596 de la Ley 79 de 1979, el artículo 49 de la Constitución Política y 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.	Retirar la población de gatos que habita en el Hospital	La ausencia de gatos en el Hospital	100% (0 Gatos en el Hospital)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Adriana Patricia Rincon	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Para lograr la ausencia de gatos en las instalaciones del hospital se han acogido las recomendaciones dadas por el hospital san cristobal, una de ellas es la adecuación de depósitos de residuos ordinarios, en cuanto al área de mantenimiento se realiza las evacuaciones de elementos obsoletos y dados de baja lo anterior con el objetivo de iniciar el desplazamiento de la población felina. (se anexa estudio y recomendaciones por el hospital san cristobal). Para lograr la ausencia de gatos en las instalaciones del hospital, se realizaron adecuaciones físicas al depósito de residuos para evitar el ingreso de felinos y bloqueo de la fuente de alimento, con esto se ha evidenciado una disminución significativa en el número de animales que rondaban por esa área, sin embargo existe en algunos puntos críticos en donde estos animales siguen albergándose. Ser adquirieron tres repelentes de ultrasonido que fueron ubicados en algunos puntos críticos en donde se está analizando su efectividad se anexa fra de compra y constancia de instalación en planta externa y central de esterilización). adicionalmente se solicitó la asesoría a una fundación especializada en el manejo de estos animales quienes el pasado 19 de mayo de 2011 realizaron una visita y recorrido por el hospital (se anexa copia del acta de lo cual allegara al hospital una propuesta económica.			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8	Componente Gestión Ambiental	3.8.7 Manifiestos. Revisados los 15 manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Ineficaces de la empresa ECOCAPITAL S. A. ESP, del mes de abril de 2009, como muestra del precitado año, se encontró que 14, no tienen diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega y algunos tampoco tienen diligenciadas las casillas de nombre y firma de quien recoge; estos documentos tienen que tener responsables identificables para que en caso de inconsistencias se facilite su identificación. Lo anterior es consecuencia de la ausencia de procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo de los residuos peligrosos facturados por ECOCAPITAL. Esta falencia contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993. Lo anterior debido a que no se cuenta con procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo del proceso de destrucción y/o inactivación de residuos peligrosos en cuando a lo facturado por ECOCAPITAL. Se contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993.	Revisión periódica (da intermedio) del completo diligenciamiento de cada manifiesto de ECOCAPITAL, entregado por servicios generales a Gestión Ambiental.	la (# Manifiestos diligenciados correctamente/# Manifiestos generados)*100	100% (Todos los manifiestos generados completamente diligenciados)	Subgerencia Administrativa y Financiera	Adriana Patricia Rincon	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se hace la revisión periódica desde el primero de noviembre hasta la fecha desde el área de gestión ambiental controlando la información consignada sea completa y coherente. A partir del 1 de noviembre de 2010 se comenzó a realizar el control sobre diligenciamiento completo de los manifiestos de transporte entregados por Ecocapital, dada la cantidad de formatos que se han generado desde entonces hasta la fecha, se encuentran a disposición y consulta en la oficina de Gestión Ambiental. Revisión periódica (da intermedio) del completo diligenciamiento de cada manifiesto Ecocapital entregado por servicios generales a Gestión Ambiental. A partir del 1 de noviembre se comenzó a regular el control sobre el diligenciamiento completo de los manifiestos de transporte entregados por Ecocapital, dada la cantidad de soportes que se han generado hasta la fecha se encuentran a disposición para consulta.			C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.8	Componente Gestión Ambiental	adquiridos por el Hospital mediante contrato 447 de 2007 para la adquisición de la dotación para el centro de atención en drogadicción Balcanes celebrado entre el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. y el Consorcio Líder en Suministros.  Realizada visita administrativa fiscal en revisión del componente ambiental, se estableció que el hospital no los utiliza porque el ente competente no otorgó la licencia para su funcionamiento en las terapias a los usuarios del Centro. Con lo cual la administración realizó una gestión antieconómica con la compra de estos elementos, dado que no los puede poner en uso para los fines pertinentes o previstos. Con la consecuente disminución del valor de los bienes por el nivel de obsolescencia de los mismos que han adquirido con el paso de los años, y el riesgo en que se incurre por el posible deterioro de los mismos. 2488 8710 CENTRO DESPERTAR BALCANES A-3327 01/11/2007 Batidora De 20 Litros 2.6 25 120 0.7 2488 8712 CENTRO DESPERTAR BALCANES A-3329 01/11/2007 Cortadora De Masa De 36 Porciones 1.2 25 120 0.3 2488 8715 CENTRO DESPERTAR BALCANES A-3335 01/11/2007 HORNO PARA Panadería A GAS 15.0 25 120 3.8 2488 8716 CENTRO DESPERTAR BALCANES A-3336 01/11/2007 MEZCLADORA PARA Panadería ELECTRICA 0.1 1 120 0.1 Cilindradora en acero 12 kilos con motor monofásico 2.5 0.6 29.0 7.8 FUENTE: Inventario Físico Hospital San Blas a diciembre 31 de 2009 y Oficio del 11.8.2010 No. 315 AT 118  Si bien el contratista entregó los elementos y el hospital los recibió, aquellos no están cumpliendo con el fin para el cual fueron adquiridos, por lo tanto esta situación se constituye en una presunta transgresión a los fines de la contratación estatal plasmados en el artículo 3º del Estatuto de Contratación Administrativa.  Este organismo fiscalizador, observó que no se efectuó una buena utilización de los recursos, al no mostrar una adecuada planeación, que es uno de los principios importantes de la cosa pública.  Por lo anterior, se incurre en un presunto detrimento por valor de \$29.0 millones, enmarcándose en la segunda parte del artículo 6º de la Ley 610 de 2000 que define el daño patrimonial al estado y señala que este es producido por " una Gestión fiscal Antieconómica, Ineficaz, Ineficiente, Inequitativa, Inoportuna, que en términos generales no se aplica al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programas o proyectos de los sujetos de vigilancia y control de las Contralorías", artículo 3 de la Ley 610 de 2000 e incumplimiento de los deberes de todo servidor público consagrados en el artículo 34 numerales 1, 21 y 22 de la Ley 734 de 2002, los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993	Gestionar la venta , Intercambio por otros Equipos, Arrendamiento de los equipos, comodatos de los siete equipos	Venta, arrendamiento, transferencia o comodato de los siete (7) equipos/ total de equipos	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y Jurídica	Jose Alberto Romero y Juridica	0	2010/11/01	2011/10/31	Semestral	90%	Oficio 300-SAF-160 dirigido al Dr William Herrera Hernandez, Alcalde Local de San Cristobal ofreciendo en venta el equipo de panadería el cual se le solicita si esta interesado se manifieste por escrito de dentro de los 10 días siguientes la recibido de la comunicación, oficio 300-SAF-164 a Luis Ernesto Rincon Alcalde los Martires, oficio 300-SAF-165 Xinia Rocio Navarro Alcalde Local Candelaria, oficio 300-SAF -166, oficio 300-SAF-167 Blanca Inés Durán Alcalde Local Chapinero,			



Tipo Informe		8		8 GESTION													
Formulario		3401															
Moneda Informe		1															
Entidad		412															
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Periodicidad		6		Intermedio													
4		8		12													
				16													
				20													
				24													
				28													
				32													
				36													
				40													
				44													
				48													
				52													
				56													
				60													
				64													
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Regular	3.9	Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.1 El hospital no dio respuesta estructural a la petición formulada y radicada con el número 7 de la vigencia 2009. Del seguimiento efectuado en la oficina de Talento Humano se establece que a corte de julio de 2010 no se ha garantizado la realización de los descuentos de nómina del afectado de conformidad con el mandato ordenado por el juzgado competente. Se incumple lo normado en el literal c) del numeral 7.2.3 título comunicación con el cliente de la NTGP 1000:2004 y artículo 4 de la ley 87 de 1993.	Realizar la liquidación correspondiente al incremento anual de IPC por auxilio de alimentos ordenado por el respectivo juzgado, realizar seguimiento mediante auditorías internas y establecer plan de mejora si es necesario.	Actualizaciones de descuentos por auxilio de alimentos/ total de embargos. Seguidamente mediante auditorías internas de calidad	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y talento humano y Planeación	Jose Alberto Romero, Laura Acevedo y Jose Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Oficio de fecha 29 de noviembre de 2010 dirigido a Dr. Javier Humberto Bustos Secretario Juzgado 18 de familia correspondiente al ejecutivo de alimentos del señor Esteban Zambrano se realiza el ajuste al embargo por solicitud del oficio 0814-02 ejecutivo de alimentos, los ajustes se realizaron en forma paulatina hasta realizar los descuentos enumerados hasta quedar en la cuota mensual de \$ 896.874 para el año 2010. Se anexa cuadro en el que se relaciona el incremento IPC año por año, valor de la cuota anual. Oficio en que se le comunica al Dr. Esteban Mosquera el ajuste, y desprendible de pago correspondiente al mes de enero de 2011 en el que se ve reflejado el incremento del IPC en la cuota correspondiente a la vigencia 2010 del cual fue del 2,51%		C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Regular	3.9	Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.2 Existe riesgo de incumplimiento de los compromisos adquiridos por el gerente del hospital, derivados de la suscripción del pacto ético con la Contraloría de Bogotá al no contar con instrumento que plasme las acciones a desplegar para cada uno de ellos y los indicadores de gestión para verificación de su cumplimiento. Efectuado el seguimiento al cumplimiento del pacto ético con la Oficina de Gestión Pública y Autoccontrol se establece que el hospital no ha definido el instrumento que visualiza las acciones tendientes a dar cumplimiento a los compromisos adquiridos y cuál es el nivel de cumplimiento, el cual consta en documento pedagógico "Compromiso Ético" suscrito el 24 de junio de 2009, requisito 8.2 de la norma NTGP 1000: 2004.	Se identificara los indicadores de gestión para realizar el seguimiento al pacto ético firmado con la contraloría distrital	Indicadores definidos para el seguimiento al pacto ético	100%	Planeación y Sistemas	Jose Amado Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	75%	se identifican indicadores para el seguimiento del pacto ético.		C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Regular	3.9	Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.3 La entidad formula planes de mejoramiento para cada una de las quejas y reclamos presentados los cuales no resultan ser apropiados para eliminar sus causas a las quejas y reclamos reportados por los usuarios toda vez que no elimina la causa de los mismos y no asegura la revisión de la eficacia del plan adoptado. Efectuado el análisis de las peticiones quejas y reclamos de la muestra seleccionada (meses de enero, mayo, septiembre y diciembre de 2009) se establece que son recurrentes en la temática y problemática planteada para los servicios de urgencias, atención al usuario, enfermería, vigilancia y facturación. Se incumple el requisito 8.5.2 de la norma NTGP 1000: 2004 y Ley 87 de 1993	Socializar el informe de quejas y reclamos en el comité de calidad para elaborar planes de mejoramiento- Se elaboro un formato de análisis de la respuesta a la queja, donde se verifica la oportunidad, claridad, calidad, coherencia y acción correctiva, el cual se implementará a partir del mes de octubre/2010, para posteriormente analizar la efectividad de la acción correctiva, que se vera reflejada en la disminución de las quejas y reclamos por los mismos motivos.	Numero de requerimientos a los cuales se les realizó acción correctiva / Numero de requerimientos que requieren acción correctiva	85% de efectividad de las acciones correctivas	Atención al Usuario	Andrea Luengas Muñoz	0	2010/11/01	2011/10/30	Trimestral	100%	Se elaboro formato de análisis de calidad de la respuesta se anexa. Se analiza cuadro adjunto el cual se evidencia que durante el primer trimestre de 2011 requieren 31 acción correctivas siendo socializado con los responsables de los procesos, para el siguiente trimestre se adjunta el respectivo seguimiento como tambien el analisis del segundo trimestre. Se adjunta cuadro de las quejas y reclamos del segundo trimestre en donde se relaciona los servicios y motivos de incomodidad (53 quejas requieren acción correctiva) no se evidencia seguimiento desde el área de calidad.		C
Auditoria con Vigencia 2009	Gubernamental con Enfoque Modalidad Integral Regular	3.11	Sistemas de Información	3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SICMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del periodo: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, periodo posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.	Verificar y Facturar las Cuentas abiertas objeto del hallazgo.	(Total de Cuentas Abiertas Facturadas / Total de Cuentas Abiertas según Hallazgo)*100	100%	(Planeación y Sistemas) Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Yuli Abarrarin - Coordinador Facturación	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	88%	Se anexa cuadro firmado por la Dra Yuli Abarrarin coordinador de facturación y Miciades Vanegas coordinador financiero en donde se evidencia de las 161 cuentas objeto del hallazgo sin facturar, durante el mes de noviembre se facturaron 119 que corresponden al 74% quedando pendiente por ejecutar el 26% radicadas durante septiembre, octubre y noviembre dependiendo de la fecha de egreso del paciente, el cuadro de reporta Numero de factura, fecha de generación de la factura, cuenta de cobro y empresa responsable del servicio. En el mes de diciembre se factura 1 cuenta que corresponde 0,6% quedando pendiente por ejecutar o facturar el 25,4%.		C
		3.11	Sistemas de Información	3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SICMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del periodo: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, periodo posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.	Radicar la facturación generada de las cuentas abiertas reportadas en el hallazgo.	(Facturación Radicada)/(Facturación Generada de Cuentas Abiertas)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Yuli Abarrarin - Coordinador Facturación	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	88%	Se anexa cuadro firmado por la Dra Yuli Abarrarin coordinador de facturación y Miciades Vanegas coordinador financiero en donde se evidencia de las 161 cuentas objeto del hallazgo sin facturar, durante el mes de noviembre se facturaron 119 que corresponden al 74% quedando pendiente por ejecutar el 26% radicadas durante septiembre, octubre y noviembre dependiendo de la fecha de egreso del paciente, el cuadro de reporta Numero de factura, fecha de generación de la factura, cuenta de cobro y empresa responsable del servicio. En el mes de diciembre se factura 1 cuenta que corresponde 0,6% quedando pendiente por ejecutar o facturar el 25,4%. Las cuentas facturadas en el mes de diciembre de 2010 se radicaron según número de cuenta de cobro que se relaciona frente a cada una de las facturas (ver cuadro anexo). Las 4 cuentas facturadas en el mes de enero de 2011 se radicaron según número de cuentas que se relaciona frente a cada una de las facturas(ver cuadro anexo)		C

Tipo Informe	8	8 GESTION														
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2														
Moneda Informe	1															
Entidad	412															
Fecha	2010/12/31															
Periodicidad	6	Intermedio														
	4	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SIGMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del periodo: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, periodo posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.	Gestionar el cobro de los servicios facturados por cuentas abiertas según el hallazgo	Gestiones Realizadas/Gestiones Programadas)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Amanda Leon- Coordinador de Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	86.34%	De las 119 cuentas facturadas se radicaron 114 que corresponde el 96% en el cuadro se reporta numero de factura y numero de cuenta de cobro en el mes de noviembre. Para el mes de diciembre se radicaron 2 cuentas y se evidencia frente al listado cuenta de cobro. Del total de las cuentas objeto del hallazgo se facturaron 4 que corresponde al 2.4% quedando pendiente por ejecutar el 23% (10 cuentas con abono, 12 cuentas no aparece historia clínica, 1 paciente que sigue hospitalizada por abandono social. No se gestiono cobro a Fondo financiero por cuanto no se radicaron cuentas abiertas, de otros pagadores se evidencia radicación por \$18,426,400 sobre los cuales se inicia acción de cobro. No se gestiono cobro a Fondo financiero por cuanto no se radicaron cuentas abiertas, de otros pagadores se recibe el pago de las facturas 2037224, 2041455,2037172,2037218,2039994 correspondiente a la EPS Humana Vir las cuales fueron cancelada por un valor de \$741,456 pago legalizado con el recibo de caja 1343562, la cuenta facturada en el mes de mayo se radico en la secretaria de salud el día 14 de junio y el sistema de información sigma refleja la cuenta de cobro 906329 por valor de \$35,908,800 correspondiente a la factura 2189340		C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIMCOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIMCOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.	P: Elaborar Plan de Contingencia Integral.	Plan de Contingencia Aprobado	1 plan al año	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	se presenta un proyecto de plan de contingencia, se recibe resolución 0082 de 4 de abril de 2011 se paraba plan de Contingencia y Plan estratégico de Sistemas de Información 2010-2012		C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIMCOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIMCOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.	H: Socializar el Plan de Contingencia.	No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se adjunta evidencia socialización plan de contingencia al grupo funcional de acreditación y mediante correo interno se socializa al grupo Directivo. Durante los meses abril, mayo y junio se socializo a todos los funcionarios que manejan recursos informáticos a través del correo electrónico el plan de contingencia se adjunta evidencias y presencial a través del comité de sistemas de información a 13		C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIMCOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIMCOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.	V: Realizar simulacro y evaluar el plan de contingencia elaborado	No. Simulacros Realizados / No. Simulacros Programados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se realiza simulacro el día 14 de junio se adjunta evidencias de este proceso específicamente caída del sistema oficina administrativa, financiera, planeación, atención al usuario, farmacia, facturación		C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIMCOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIMCOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup. Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%			C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIMCOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.	P: Elaborar instrumento para levantamiento	Instrumento aprobado	100%	Planeación y Sistemas	Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	El instrumento que se trabajo para la actualización del inventario de activos de información es el formato correspondiente al CB 07 05 de la cuenta anual sivicof		C	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIMCOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.	H: Realizar el inventario de los activos de información - (hardware, software aplicativos) reportados por las áreas.	No. De áreas que aplicaron el instrumento / Todas las áreas del hospital	100%	Planeación y Sistemas	Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	Se actualiza inventario de activos informáticos de hardware, posicionamiento, equipos activos y aplicaciones sistematizadas en producción. Se solicita a activos fijos el reporte de inventario con el objetivo de la verificación por parte de la oficina de Gestión Pública		C	

Tipo Informe		8		8 GESTION															
Formulario		3401																	
Moneda Informe		1																	
Entidad		412																	
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2															
Periodicidad		6																	
4		8																	
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION															
				ACCION CORRECTIVA															
				INDICADOR															
				META															
				AREA RESPONSABLE															
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION															
				RECURSOS															
				FECHA DE INICIO															
				FECHA DE TERMINACION															
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO															
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD															
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD															
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA															
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVCOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las vistas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.	V: Evaluar el inventario de activos de información recolectado	No. De Activos de información evaluados / No. De Activos de información reportados	100%	Planeación y Sistemas	Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	En la actualización de activos informativos hardware, licencias y equipos activos se cruzó al 100% con el área de activos fijos para la actualización de la clasificación			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVCOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las vistas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.	A: Realizar las acciones de mejoramiento sobre la documentación	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	Planeación y Sistemas	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	En la actualización de activos informativos hardware, licencias y equipos activos se cruzó al 100% con el área de activos fijos para la actualización de la clasificación			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVCOF, las vistas administrativas fiscales, se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.	P: Aprobación de Comité de Seguridad Informática	Resolución Aprobada	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Bimestral	100%	Se adjunta resolución 323 del 30 de diciembre de 2010			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVCOF, las vistas administrativas fiscales, se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.	H: Socializar e Implementar las acciones inmersas en la resolución	No. Reuniones del Comité realizadas / No. Reuniones Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Bimestral	100%	Se adjunta copias del comité de sistemas de información de febrero y marzo, copias correspondiente al mayo de 2011 nota las reuniones del comité son trimestrales.			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVCOF, las vistas administrativas fiscales, se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.	V: Verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las actas de reunión.	No. Compromisos Cumplidos / No. Compromisos Programados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Bimestral	100%	Se adjunta seguimiento y evidencias de las actas del comité, El seguimiento a tareas del comité ha sido la socialización de las políticas de informática y el plan estratégico de sistemas de información.			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVCOF, las vistas administrativas fiscales, se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas. De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad, lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Bimestral	100%	Se adjunta seguimiento y evidencias de las actas del comité, El seguimiento a tareas del comité ha sido la socialización de las políticas de informática y el plan estratégico de sistemas de información.			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.	P: Aplicar matrices del Autodiagnóstico TIC's y Actualizar el PESI incluyendo los requerimientos y directrices de la CDS.	PESI actualizado y aprobado por la Gerencia del Hospital.	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	Se adjunta matriz con prioridades y aspectos de implementación, se recibe resolución 0082 de 4 de abril de 2011 se paraba plan de Contingencia y Plan estratégico de Sistemas de Información 2010-2012			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.	H: Socializar el PESI e implementar las actividades programadas	No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios que intervienen en el proceso de la ejecución del PESI	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	Se adjunta evidencias de socialización del pesi a los miembros que interviene fecha mayo 24 de 2011			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.	V: Realizar seguimiento a las actividades programadas en el PESI	No. Actividades ejecutadas / No. Actividades Programadas en el PESI	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%	En cuanto al seguimiento de la estrategia 3 del pesi se evidencian dar cumplimiento al plan de mejoramiento de la contraloría, definición en cuanto a acreditación se tiene definidos planes de mejoramiento como tecnología y el de sistemas de información, se aprobó la política de seguridad informática y se socializó se realizó. En cuanto a la estrategia 4 actualmente la oficina de gestión pública realiza auditoría a sistemas de información pendiente evaluación de riesgos y mitigación. Dentro de las estrategias de PESI se encuentra establecer plan de contingencia y simulacro y otras actividades el cual a la fecha se están desarrollando			C		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS. No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.	A: Realizar las acciones de ajuste al PESI.	No. De ajustes Realizadas / No. ajustes Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%				C		

Tipo Informe		8		8 GESTION													
Formulario		3401															
Moneda Informe		1															
Entidad		412															
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Periodicidad		6															
		8															
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION													
				ACCION CORRECTIVA													
				INDICADOR													
				META													
				AREA RESPONSABLE													
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION													
				RECURSOS													
				FECHA DE INICIO													
				FECHA DE TERMINACION													
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO													
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD													
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA													
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA													
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	P: Actualizar el procedimiento de backup tanto de servidores como de PCs, incluyendo la disposición final y custodia del mismo. Destinar un sitio para el almacenamiento seguro tanto interno como externo. Gestionar los recursos financieros para la adquisición de medios magnéticos requeridos.	Procedimiento actualizado y aprobado Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en área de sistemas dentro del Hospital Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en área de tesorería dentro del Hospital Ubicación del Sitio de Custodia del Backup en Archivo Externo de Historias Clínicas del Hospital Gestiones Realizadas / Gestiones Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	En el área de sistemas diariamente se almacena en el centro de computa y se registra en bitacora. En el área externa se analizaron los sitios anexos al hospital (Despertar y Archivo Institucional) se encuentra el área de mantenimiento realizando adecuaciones físicas, seguridad y ambiental. Se selecciono el archivo institucional, se encuentran realizando adecuaciones. Se selecciono en el área de tesorería la ubicación del backup en la caja fuerte del hospital			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	H: Gestionar la adquisición del nuevo software en los servidores en cluster ante la Secretaría Distrital de Salud con el fin de asegurar el tiempo de respuesta ante posibles riesgos.	3 Gestiones realizadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	Se actualiza el proyecto y se obtiene la viabilidad y concepto técnico del proyecto mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de las empresas sociales del estado, componentes sistemas de información. Radicado 177789 de 13 de diciembre de 2010. Se realizó contrato No. 1225 De adquisición de equipos y adecuación de cableado estructurada y red regulada se hace seguimiento de control de ejecución de los contratos. Se adjunta evidencia de acta de finalización del contrato 1225 de fecha mayo 25 de 2011, lo anterior se encuentra incluida en el proyecto que fue viabilizado por la secretaría distrital de salud.			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	H: Socializar e implementar el procedimiento de copias de seguridad.	No. Funcionarios socializados en el proceso de backup / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se adjunta evidencias socialización procesos de backup			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	V: Elaborar listas de chequeo para confirmar el funcionamiento de los servidores	No. Items Aprobados / No. Items Evaluados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se adjunta lista de chequeo consolidada de enero y febrero			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	V: Verificar la ejecución del proceso de backup por los usuarios finales	No. Funcionarios que realizarán el proceso de backup / No. Funcionarios que cuentan con recursos informáticos	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Con la lista de chequeo se analiza la ejecución por el usuario final. Se adjunta seguimiento copias de seguridad fecha junio 13 de 2011			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos. El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%				C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.	P: Actualizar el Mapa de Riesgos incluyendo las observaciones realizadas.	Mapa de Riesgos Aprobados y Ajustados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se actualizo mapa y mitigación de riesgos de sistemas de información, se hizo observaciones por el área de gestión pública y autocontrol se encuentra en plan de mejoramiento teniendo en cuenta auditoria de calidad realizada			C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.	H: Socializar el Mapa de Riesgos y gestionar las acciones de mitigación	No. Acciones de mitigación del riesgo gestionadas / No. Acciones de mitigación del riesgo programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%				C
Auditoria con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Gubernamental Integral Regular	3.11. Sistemas de Información	3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.	V: Realizar seguimiento a las acciones de mitigación	No. Seguirnos Realizados / No. Seguirnos Programados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%				C

Tipo Informe		8		8 GESTION											
Formulario		3401													
Moneda Informe		1													
Entidad		412													
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2											
Periodicidad		6													
		4													
		8													
		Intermedio													
		12													
		16													
		20													
		24													
		28													
		32													
		36													
		40													
		44													
		48													
		52													
		56													
		60													
		64													
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.7. A través de vistas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoría, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%	Se actualizo mapa y mitigación de riesgos de sistemas de información, se hizo observaciones por el área de gestión pública y autocontrol se en cuenta en plan de mejoramiento teniendo en cuenta auditoria de calidad realizada		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.8. Revisada una muestra de días de los registros documentales físicos de las dietas suministradas a pacientes y vales de dietas adicionales, en cumplimiento del contrato de alimentación No.578 de 2009, durante los meses de noviembre y diciembre de 2009, confrontado contra el registro digital en hoja electrónica suministrado por la nutricionista responsable del registro en el hospital, y los cuadros agregados de "Resumen Diario de Dietas Entregadas" suministradas en los meses citados, que reposan como soporte de la ejecución en la carpeta del contrato y la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y diferentes áreas de pacientes hospitalizados generada por la oficina de sistemas del sistema de información SIGMA, se encontraron algunas inconsistencias en las cantidades de dietas y datos registrados. Entre los cuales se destacan registros incompletos sin nombre del paciente al cual se le entregó la dieta o refrigerio, inconsistencia entre los registros y cantidades individuales y los agregados reportados al final de la planilla, incoherencia entre el número de cama registrado en la planilla y el código de identificación de la cama que se registra en la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y hospitalizados durante la vigencia 2009, incoherencia entre dietas entregadas a un paciente con nombre registrado en la planilla y que no aparece ni en las fechas indicadas ni en el área de la base de datos de pacientes señalada en el registro de las planillas como dieta efectivamente entregada, los tipos de dietas cambian de una jornada a la otra, utilización de códigos alfabéticos diferentes a los generalmente parametrizados, ilegibilidad de los registros de tipo de dieta indicada y uso de letra ilegible, registros de cantidades entregadas en lápiz que fácilmente pueden ser modificados, registros enmendados o borrados. Revisando las hojas electrónicas en donde se registran las dietas entregadas, se estableció que no se cuenta con registros automáticos individuales por paciente y dieta entregada solo están registrados los agregados, dificultando la identificación y verificación adecuada de los registros documentales suministrados, con el agravante que este tipo de herramientas ofimáticas presentan vulnerabilidad en cuanto a seguridad e integridad de la información que se registre, y en los errores en que se puede incurrir por registros errados o cuantificaciones manuales que no permiten validación de integridad o consistencia alguna, y no aseguran confiabilidad de la información. En ese sentido, el hospital carece de un sistema de información adecuado para el registro y control de este tipo de información crítica que implica erogaciones importantes y periódicas que pueden aumentar el riesgo de pagos de mayores valores por dietas no entregadas efectivamente y que con las deficiencias de control automático presentes no se pueden visualizar o verificar previamente. Las deficiencias señaladas generan incertidumbre sobre la cantidad real entregada y por consiguiente puede generar errores de cálculo de los valores cobrados. Así mismo, en los registros documentales físicos se observaron deficiencias de archivo, dado que estas planillas y vales no tienen elementos adecuados de protección externa (carpetas, plásticos, etc.) que aseguren su mantenimiento o almacenamiento íntegro sin deterioros por causas ambientales externas o de manipulación. Tampoco están debidamente legajadas, foliadas, organizadas ni almacenadas, que pueden afectar la trazabilidad de los soportes e información registrada. Por todo lo anterior, se pueden generar errores de datos por deficiencias en el procesamiento de la información y soporte de los registros, que pueden generar posibles incumplimientos contractuales y por ende un posible detrimento al erario público por mayores valores generados por dietas no entregadas, transgrediendo lo contemplado en los literales a) y f) del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.	* El registro de nombre del usuario hospitalizado y tipo de dieta se hará en forma clara y en medio irrompible (tinta) en el formato de registro de Solicitud de dietas por servicio por tres tiempos de comida (desayuno, almuerzo y comida). * Realizar el procedimiento para manejo de registro dietoterapéutico ajustando actividad y niveles de control solicitando aprobación por el área de calidad del Hospital. * Solicitar a la oficina de Calidad la aprobación del formato Solicitud de dietas por servicio. * Verificación de registro de dieta y nombre del usuario contra el censo diario de enfermería en cada servicio de hospitalización. * Implementación y aprobación de el Procedimiento para manejo de registro dietoterapéutico. * Implementación de herramienta excel	*Aprobación de Formato solicitud de dietas por cada servicio de hospitalización. * Implementación y aprobación de el Procedimiento para manejo de registro dietoterapéutico. * Implementación de herramienta excel	100% de registros	Grupo Funcional Nutrición y Dietética	Grupo Funcional Nutrición y Dietética	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral	100%	La oficina de Gestión Pública verifica que en el área de nutrición exista las evidencias en forma clara y en tinta en el formato de registro de solicitud de dietas por servicios para los tres tiempos. Se envía a la oficina de planeación y sistemas el procedimiento para manejo de registro dietoterapéutico planteado por nutrición, pendiente aprobación por calidad. Ser adjunta formato aprobado por el área de calidad en donde se registra diariamente las ordenes dietarias de los usuarios hospitalizados de cada servicio, el cual reposa como archivo en la oficina de nutrición individualmente foliado, en tinta con los nombres de los usuarios, carpetas organizadas mensualmente, pendiente procedimiento registro dieto terapeutico para aprobación por calidad. Se verifica cuadro excel en donde se registra dietas entregadas diariamente a los servicios de hospitalización. Se adjunta formato de dietas por servicio falta aprobación por el área de calidad y su respectiva resolución. Se verifica la evidencia de los registros documentales mes noviembre, diciembre debidamente foliados con sus pestañas de cartón amarrados. Se adjunta listado en excel del mes de noviembre y diciembre de censo de dietas. Se adjunta resolución 00100 de 2 de mayo de 2011 se paraba procedimiento REGISTRO DIETOTERAPEUTICO DE USUARIOS HOSPITALIZADOS, REGISTRO DIETOTERAPEUTICO DE FORMULAS LACTEAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, REGISTRO DE FORMULAS ENTERALES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. Ser adjunta formato aprobado por el área de calidad en donde se registra diariamente las ordenes dietarias de los usuarios hospitalizados de cada servicio, el cual reposa como archivo en la oficina de nutrición debidamente foliado, en tinta con los		C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.9. Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	P: Definir el alcance estadístico del nuevo software misional que va a adquirir el Hospital	Análisis del alcance del software adquirido	1 análisis pre-implementación	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%			
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.9. Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	P: Formalizar y Normalizar las bases de datos que tiene establecido el Hospital para el procesamiento estadístico	Base de datos normalizada y documentada	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%			
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.9. Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	H: Implementar el nuevo software con el fin de asegurar la integridad de la información estadística.	No. Módulos Implementados / No. Módulos a Implementar	50%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%			
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2009	Integral Regular	3.11.9. Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios. Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	H: Socializar la documentación de la Base de datos temporal	No. Funcionarios que fueron socializados / No. Funcionarios del área de Estadística	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	100%			

Tipo Informe	8	8 GESTION															
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2															
Moneda Informe	1																
Entidad	412																
Fecha	2010/12/31																
Periodicidad	6																
4	8	Intermedio		16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA		
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios.  Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	V: Realizar seguimiento a las acciones de implementación	No. Seguímentos Realizados / No. Seguímentos Programados	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%					
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios.  Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.	A: Realizar las acciones de mejoramiento.	No. Acciones de Mejoramiento Realizadas / No. Acciones de Mejoramiento Programadas	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Anual	100%					
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.10. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que el contratista que se encargó de la gestión de sistemas durante el periodo comprendido entre el 17 de noviembre hasta el 26 de enero de 2010, ASEFIX, presentó faltantes que se especifican en informe donde la nueva firma recibió los inventarios, licencias, y pendientes de procesos, que fueron reportados a Activos Fijos a través de oficios. En este se indica la pérdida de licencias que el contratista nunca entregó, a la fecha este contrato no se ha liquidado y la administración no ha iniciado los trámites pertinentes para el reintegro de los bienes pendientes o perdidos y el reconocimiento de valores por los daños ocasionados por la generación inadecuada de copias de respaldo que generaron reprocesos, caída del sistema entre otros. Lo anterior, puede configurar posibles incumplimientos contractuales y por ende un posible detymento al erario público por los bienes extravados, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2006 del Alcalde Mayor de Bogotá.	1. Continuar con el proceso de liquidación del contrato 2. Solicitar reintegro de bienes pendientes como la licencia o valor del mismo	Contrato Liquidado y reintegro de licencia o valor del mismo	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeño-	0	2010/11/01	2011/10/31	Trimestral						
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.11. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que con el apoyo del Fondo Financiero Distrital se realizaron mesas de trabajo con las 8 EPSs principales que son Salud Condor, SoSalud, Salud Total, Ulicajas, Ecoopsos, Humana Vivir, Caprecom y Colsubsidio, con las cuales se revisaron los estados de cartera y se establecieron compromisos de acuerdo pago por \$1.585 millones, sobre estos acuerdos de pago que se firmaron, se realiza seguimiento de cumplimiento en las mesas de julio y agosto de 2010 notificando a las respectivas instancias de control como son FFDS, la Superintendencia Nacional de Salud, Personería de Bogotá, Haggan Audit y las respectivas EPSs. De este incumplimiento la EPS subsidiada que no ha dado cumplimiento a ninguno de los compromisos es Salud Condor con la cual se notifica a entes de control FFDS, quienes toman la determinación de girar en forma directa los valores incumplidos de Salud Condor descontando de los giros que les realizan a la EPS. No obstante lo anterior, se estableció que los acuerdos firmados en las mesas de trabajo, incluyen según lo indica la normatividad vigente el pago de estos intereses, pero a la fecha estos se encuentran en proceso de cobro persuasivo y no se ha acudido a la instancia de cobro coactivo como tampoco se ha realizado cobro de intereses.	Realizar notificación a la oficina jurídica en el caso de incumplimiento de acuerdos de pago realizados, para el inicio del cobro coactivo de estas deudas.  Establecer los compromisos incumplidos por los pagadores, liquidar y cobrar los respectivos intereses de mora, conforme a la normatividad vigente.	(Notificaciones para cobro Coactivo / Total de acuerdos de pago incumplidos por parte de los diferentes pagadores en mesas de trabajo con el FFDS)*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera - Coord.Financiera	Amanda Leon R - Coordinador Cartera	0	2010/11/01	2011/10/31	Mensual	33.33%	Se realiza seguimiento a los acuerdos de pagos con la Entidad Salud Condor EPS subeidad logrando el pago por giro directo del FFDS, se gún los recibos de caja 1304042, 1304035, 1317404 y el 1317407, 1324327 y 1324328 sin embargo se hace notificación a la Oficina Jurídica sobre el incumplimiento de este acuerdo de pagos según oficio 1685 no se inicia cobro coactivo porque las costas pactadas son canceladas por el fondo financiero, en cuanto a los intereses de mora al tener un vacío jurídico para el cobro de estos (Ley 1122 de 2077 artículo 13 numeral 4, el pago de intereses de mora será regulado por el ministerio de protección social, al no tener una directr, clara se radica oficio 310-OPF-313-228 solicitando al Dr Mauricio Santamaría Ministro de la protección social el instructivo y la tasa de liquidación de intereses de mor por atrasos en pago posterior a los tiempos reglamentados para pagos a las IPS. Este cobro se reglamenta a partir del 19 de enero con la Ley 1438 de 2011 y rige a partir de la fecha de su publicación, al tener un acuerdo de pago firmado en junio de 2010 esta norma no aplica retroactividad. Se adjunta oficio 1317 del 1 de junio de 2011 enviado a la gerencia en donde se solicita un software adecuado para el proceso del control de cartera para la liquidación de interese moratorios, se liquida intereses de mora de acuerdo a los intereses manejados por la Dian.				

Tipo Informe		8		8 GESTION																											
Formulario		3401																													
Moneda Informe		1																													
Entidad		412																													
Fecha		2010/12/31																													
Periodicidad		6		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2																											
4		8		12		16		20		24		28		32		36		40		44		48		52		56		60		64	
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2009	3.11. Sistemas de Información	3.11.12. Revisando los procesos de baja de elementos y el inventario físico a diciembre 31 de 2009 y los reportes de los mantenimientos realizados por el contratista Tecnicentro Automotriz Hyundautos Ltda., se encontró que a tres vehículos OBA 718 Land Rover Santana, OBD 189 Ford 350 y OAI Mazda 323, que en el momento tienen concepto de baja, se le realizaron mantenimientos superiores a su valor comercial, vehículos que ya habían cumplido su vida útil, dado que son de modelos entre 15 y 20 años atrás. Lo que evidencia debilidades de control de los inventarios y deficiencias de planeación en los procesos de reposición del parque automotor que genere gestión antieconómica por inversiones de recursos innecesarios en activos ya obsoletos, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2° de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10° del Decreto Nacional 205 de 2003.		Dando cumplimiento a las actas de baja se procederá a la venta de OBA 718, OBD 350, en cuanto al vehículo mazda la administración reintegrará al inventario este vehículo por cuanto la aprobación para adquirir este depende la autorización de la Secretaría Hacienda y Salud. La administración Gestionara ante las Secretarías de Hacienda y salud la aprobación para adquirir nuevo vehículo.	Gestiones aprobadas a cada Secretaria / Gestiones radicadas a cada Secretaria Hojas de Vida Implementadas / # de Equipos de Mantenimiento	100%	Gerencia y Subgerencia Administrativa y Financiera	Carlos Eduardo Pineda y Jose Alberto Romero	0	2010/11/01	2011/10/31	Semestral	100%	Se adjunta evidencias dando cumplimiento a la acción correctiva el cuanto a reintegro al inventario del mazda 323 placa OAI 463 según comprobante de egreso del almacén 16591 de junio 22 de 2010 se envía a la subgerencia administrativo según el mismo comprobante, En cuanto a los vehículos camioneta tipo furgon marca ford 350 placa OBD 189 y el campero land rover santana placa OBA 718 fueron vendidos, (acta de baja por obsolescencia emitido por el área de activos fijos, comprobante de ingreso en mal estado al almacén 8092 de julio 14 de 2009, acta No. 30 del comité de inventarios del 14 de julio de 2009 donde se sugiere la venta directa, resolución 177 del 9 de agosto de 2010 donde se ordena la baja por venta directa, contrato de compraventa 740 del 2010 de fecha 14 septiembre de 2010, recibo de caja 1303504 el 27 de septiembre de 2010 por valor de \$7.500.000 concepto venta de bienes inservibles dados de baja, comprobante 16909 de octubre 23 de 2010 salida definitiva del almacén		C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2.Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.1.1 Algunos funcionarios del hospital no conocen el Código de Ética, ni el Código de Buen Gobierno según lo establecido en el artículo 21 del Decreto 168 de 2007, que reglamenta el Acuerdo Distrital 244 de 2006 "por el cual se establecen y desarrollan los principios y valores éticos para el ejercicio de la política pública en el distrito capital", lo cual impide cumplir con lo señalado en el Código de Buen Gobierno "generar confianza tanto en los clientes externos como internos y asegurar la integridad ética empresarial, la adecuada administración de sus asuntos y la correcta administración de los recursos Humanos y Tecnológicos" contraviniendo lo establecido en el literal c) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.		Se continuara en los procesos de inducción y reintroducción del año 2010 impartiendo la información a cerca de los valores institucionales código de ética y en especial el código de buen gobierno a todos los servidores públicos de la institución	No de funcionarios capacitados en el año / No. total de funcionarios * 100	50%	Talento Humano	Laura Acevedo	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	100%	Se evidencia que durante el primer semestre de 2010 se capacitaron 324 funcionarios (Planta + Contrato) en inducción/reintroducción temas como código de Buen Gobierno, código de ética, valores institucionales etc. Durante el mes de agosto se capacitaron 14 contratistas. Se anexa listado e invitación a inducción y reintroducción, se capacitaron 25 funcionarios en el mes de diciembre de 2010, se anexa temas a se trataron, Talento humano anexa evidencia de consolidación y entrega de material a los funcionarios de los temas en inducción y reintroducción, para un total del 363 funcionarios capacitados	1	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2.Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.1.4 En el área de presupuesto se identificó con un nivel de riesgo alto "Falta de software... No contar con un software especializado para uso de presupuesto" y con riesgo medio "Falta de archivo... No contar con la información debidamente archivada". Durante la vigencia 2008, la información presupuestal requerida por la Secretaría de Hacienda Distrital, se efectuaba por intermedio de la Secretaría Distrital de Salud, pero a partir de la vigencia 2009, Hacienda solicitó que la información se remitiera directamente, por lo que un riesgo latente durante el 2008 fue la falta de implementación del sistema PREDIS en forma directa con la SDH contraviniendo lo normado en el literal f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993		Uso e implementación del software predis	No de informes realizados y validados por el sistema predis	12 informes	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero, Miliades Vanegas Rozo y Mauricio Ariza	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Reportes de Ingresos y gastos de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2010 validado por predis. Reportes de Ingresos y gastos de julio, agosto, septiembre 2010 validado por predis. Reporte de ingresos y gastos hasta diciembre validado por predis	1	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2.Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.1.5 En el área financiera no se realiza un monitoreo adecuado de los riesgos, frente a factores externos. Un riesgo alto es la "Falta de presupuesto para ejecutar algunos proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo", debilidad en los procesos de gestión por parte de la administración para la debida consecución y programación de recursos, incumpliendo el literal f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.		Gestionar para que los proyectos del Plan de Desarrollo, que requieren recursos propios, queden financiados en el presupuesto.	Gestiones realizadas	UNO	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Alfredo	0	2010/04/01	2010/12/31	bitrimestralmente	100%	En el presupuesto asignado para la vigencia de 2010 se asignó en la parte de inversión la suma de \$1.245.000.000, de los cuales se están discriminados así: programa fortalecimiento y provisión de los servicios de salud - Dotación \$300 millones que cofinancia el Plan Bienal 2010-2011 y proyecto de reposición de equipos biomédicos, en el que se está trabajando actualmente y será radicado en el mes de junio 2010. Programa ahora decidimos juntos - Participación Social por el Derecho a la Salud \$50 millones con el cual se fortalecerá la Asociación de usuarios y Copagos y el Control Social sobre los recursos públicos en el cual se está trabajando y será enviado para revisión a la Secretaría Distrital de Salud en el mes de julio de 2010. Programa Tecnologías de la información y comunicación al servicio de la ciudad- Dotación Plataforma atencológica \$400 millones con los cuales se proyecta cofinanciar el proyecto de cambio de software del hospital, de los cuales se viene adelantando las gestiones necesarias ante la Secretaría Distrital de Salud para que se incluya dentro del Proyecto Distrital de Historia Clínica Única Digital. Mediante radicado 8535 del 22 de octubre de 2010 se expide el certificado de viabilidad y concepto técnico al proyecto reposición y adquisición de equipos biomédicos por un total de \$5.000 millones en donde el hospital cofinancia \$300 millones, adicionalmente con el oficio 208 del GFPS de noviembre 10 de 2010 se solicita la contratación de la torre de gastroenterología y ecografía; en cuanto al proyecto Fortalecimiento de la política de participación social y servicio al ciudadano, el hospital consiguió la viabilización de dicho proyecto radicado con el oficio 8009 de noviembre 10 de 2010 en el cual se anexa el expediente de viabilidad respecto de	1	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2.Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.1 La entidad tiene definidas las políticas de gestión y control de la empresa en el Código de Buen Gobierno Institucional. No obstante, en la página web del hospital www.hospitalsanblas.gov.co/ se evidencian cuatro políticas institucionales: calidad, comunicación, talento humano y de seguridad informática que no están unificadas con las definidas en el Código de Buen Gobierno, en donde se incluyen las políticas de Gestión y Control de la Empresa, con los clientes externos, y contratación para venta de servicios; política de calidad; política de seguridad del paciente; política de responsabilidad social y ambiental; lo cual impide tener información actualizada consistente y oportuna de las políticas del hospital, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.		Actualizar la página web del Hospital	Actualización permanente de la página Web	100%	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermelo	0	2010/04/01	2010/12/31	Mensual	100%	Verificando la página web se evidencia la inclusión de la política de seguridad del paciente, no obstante lo anterior se recomienda bajar la política ambiental que también fue validada pero no se tiene aprobada mediante resolución. Se incluye política ambiental aprobado por resolución 292 de 10 de diciembre de 2010	0,7	C															

Tipo Informe		8		8 GESTION														
Formulario		3401																
Moneda Informe		1																
Entidad		412																
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2														
Periodicidad		6																
4		8																
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION														
				ACCION CORRECTIVA														
				INDICADOR														
				META														
				AREA RESPONSABLE														
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION														
				RECURSOS														
				FECHA DE INICIO														
				FECHA DE TERMINACION														
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO														
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD														
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD														
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA														
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA														
Auditoria con Modalidad Vigencia 2008	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.2	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.3 La entidad presenta indicadores financieros de manera oportuna la información contable a las entidades públicas que la requiera, sin embargo, no se evidencia indicadores para evaluar la ejecución de actividades, lo cual dificulta el seguimiento y monitoreo al desarrollo de la tarea, contraviniendo el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Identificación e implementación de indicadores financieros	No de indicadores aplicados/ No de indicadores identificados * 100	100%	Sub Gerencia Administrativa y Financiera y Coordinación Financiera	Jose Alberto Romero y Miledades Vanegas Rozo	0	2010/04/01	2010/12/31	Mensual	100%	Se identificaron indicadores de actividad, no obstante lo anterior en Planeación no reporta fichas técnicas. Se adjunta reporte de fichas técnicas u hoja de vida de los indicadores	0,5	C	
Auditoria con Modalidad Vigencia 2008	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.2	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.4 Se observan debilidades frente a la consistencia y uniformidad en el adecuado procesamiento de los datos e información que registra el sistema de información SIGMA con relación a la que administra y manejan las áreas asistenciales del Hospital; donde los procedimientos de registro, validación, análisis y reporte de la información no tienen un filtro para unificar criterios de información al igual que no se evidencia una parametrización de la información entre las áreas asistenciales con el área de planeación y sistemas que en últimas es quien consolida y valida la información oficial. Es así que el área asistencial registra una información sobre el número de pacientes hospitalizados en el Área de Urgencias de 4.102 pacientes, mientras que en el reporte del sistema SIGMA se registran egresos de urgencias de 1.971 egresos, en contravía de lo normado en el literal e) del artículo 2º y el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.	100%	Uno	Gerencia	Jose Cermeño	0	2010/04/01	2011/03/31	Trimestralmente	100%	Acta de 26 de enero de 2010 reunión en la sala de oficina de sistema de la SDS tema Cambio del software del Hospital San Blas en donde el ingeniero Omar Palacios hace incipiente a que se mantiene la directriz de la SDS en la que el Secretario de Salud informa que ninguna ESE está autorizada para hacer inversión en compra de software, el ingeniero Palacios manifiesta que se hará un diagnóstico de las necesidades en lo que concierne a hardware, como base para implementar el software relacionado con Historia Clínica Única Distal y Telemedicina, Oficio del Secretario de Salud donde informa que cualquier inversión en desarrollo o arriendo del software diferente a los mencionados anteriormente o inversión en plataforma tecnológica, deberá tener la autorización expresa y escrita de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS para el efecto. En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en camino a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)	0,5	C	
Auditoria con Modalidad Vigencia 2008	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.2	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.5 Los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones, situación evidenciada en la solicitud de información 100121-23 de noviembre 3 de 2009, sobre el "reporte de cirugías aplazadas o canceladas por falta de ropa esterilizada, desde la compra del equipo autoclave marca Baumier a la fecha", que de acuerdo con la información suministrada por Planeación, no tiene en cuenta el libro de registro manual de salas de cirugías, es decir, no existe un sistema integrado de información, lo cual genera incertidumbre en la información de la entidad, infringiendo el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición de un aplicativo base que permita integrar la información asistencial y administrativa y que permita la adecuada toma de decisiones gerenciales	100%	Uno	Gerencia	Dr. Carlos Eduardo Pineda	0	2010/01/01	2011/03/31	Trimestralmente	100%	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON, acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON, lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus	0,5	C	
Auditoria con Modalidad Vigencia 2008	Gubernamental con Enfoque Integral Regular	3.2	Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.6 Se evidencian debilidades en el sistema de la información secundaria, al observarse que en la rendición de la cuenta a través del SIVICOP en lo correspondiente a los Formularios CB-0408C, CB0401E4, CBM1004 la información suministrada por la entidad no es suficiente, oportuna ni confiable en la presentación de sus registros lo que genera incertidumbre en contravía de lo establecido en el literal e) de los artículos 2º y 3º de la Ley 87 de 1993.	Rediseñar los procedimientos para la organización, sistematización y verificación de la información relacionada con servicios públicos (energía)	Registro de Consumos: No. Registros Realizados/No. Registros por Realizar * 100	100%	100% de la información (consumos y costos) sistematizada y verificada	Sub Gerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero y Adriana Patricia Rincón	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Se levanta procedimiento pago servicios públicos, resolución interna por Gerencia de 4 de junio de 2010	0,5	C
Auditoria con Modalidad Vigencia 2008	Gubernamental con Enfoque Integral Regular		EVALUACION DE PRESUPUESTO(9)	3.2.2.7 El hospital tiene manuales, informes, actas, actos administrativos, formatos, normas contables, sistemas de información y herramientas como intranet e Internet. Cuenta con el aplicativo SIGMA para procesar información de facturación, cartera, tesorería, cuentas por pagar, inventarios, activos fijos y nóminas, por interfaces, es decir, el sistema de información financiera no está integrado y no cuenta con el módulo de costos que se viene ejecutando de forma manual, hojas en Excel, desconociendo la obligación legal de implementar sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control según lo establecido en el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición del aplicativo.	100%	Uno	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Cermeño	0	2010/04/01	2011/03/31	Trimestral	100%	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON, acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus; En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en camino a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)	0,5	C	



Tipo Informe		8		8 GESTION											
Formulario		3401													
Moneda Informe		1													
Entidad		412													
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2											
Periodicidad		6		Intermedio											
4		8		12											
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION											
				ACCION CORRECTIVA											
				INDICADOR											
				META											
				AREA RESPONSABLE											
				RESPONSABLE DE LA EJECUCION											
				RECURSOS											
				FECHA DE INICIO											
				FECHA DE TERMINACION											
				RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO											
				GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD											
				ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD											
				RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA											
				ESTADO DE LA ACCION FORMULADA											
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	EVALLACION DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.8 El área de presupuesto no cuenta con el módulo del sistema de información SIGMA, lo que impide generar interfaces con las demás dependencias relacionadas como tesorería, contabilidad, cuentas por pagar y cartera, entre otras, situación que obliga a realizar los cruces de los registros en forma manual, lo cual genera un nivel de riesgo alto en la información, que fue identificado por el área de presupuesto "Falta de software...No contar con un software especializado para uso de presupuesto". De otra parte, los sistemas de información PREDIS y SIGMA, en ocasiones generan reprocesos para la generación de informes finales, por cuanto obliga a realizar cruces con el paralelo en Excel, que concentra los datos de manera individual, lo que no permite un sistema integrado y ágil de la información. Consultada la página web del hospital, se evidenció que no están publicados los informes financieros presupuestales en contravía de lo establecido en el literal j) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición de un sistema integrado	100%	UNO	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Cermeño	0	2010/04/01	2011/03/31	Trimestral	100%	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON, acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVENERP es un sistema integrado de Heon y Cactus. En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en camino a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un estudio para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)	0,5	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	EVALLACION DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.9 La difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuye al fortalecimiento de la imagen institucional. Los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas se realiza a través de comités internos, sin embargo, no hay oportunidad en el reporte de información por parte de la gestión ambiental y sanitaria del hospital responsable del monitoreo y consolidación de informes a las autoridades competentes, según se evidenció en la documentación y actas de comité ambiental de la vigencia 2008, incumpliendo lo preceptuado en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Realizar entrega completa y oportuna de reportes y consolidados a las autoridades competentes	No de informes entregados oportunamente/ No total de informes a presentar"100	100%	Sub Gerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero, Adriana Patricia Rincón	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Envío informe trimestral FIGA (I) a Secretaría Distrital de Ambiente, presentación informe anual de gestión de residuos hospitalarios, presentación de informe de caracterización de vertimientos, envío de indicadores de Gestión Integral de Residuos hospitalarios 2009, oficio 321-0664 se envía informe III trimestre plan de acción interno a LAES, informe tercer trimestre a secretaria Distrital de ambiente oficio 321-0671, Cuarto trimestre informe LAESP 321-GFTH-0664, Informe FIGa oficio 321-GFTH-0671	0,5	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.2.10 La página Web www.hospitalsambblas.gov.co no está actualizada, lo que impide tener información oportuna y confiable para acceder a los servicios, en tanto no se evidencia, por ejemplo, información de resultados de la gestión, indicadores financieros del hospital, políticas unificadas, divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios, noticias actualizadas y listado de funcionarios en donde se indique cargo, teléfono y/o extensión incumpliendo el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Actualización de la página Web del Hospital	12	100%	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Se verifica que en la página se incluyeron indicadores financieros, balance, Estado de Pérdidas y Ganancias del año 2009, en cuanto al año 2010 esta misma información a corte marzo, se registra plan de compras 2010, y noticias actuales. Se evidencia noticas actualizadas al mes de septiembre, falta incluir último trimestre, se incluyen convocatorias como Revisor Fiscal y adquisición torre de gastero. Se evidencia invitaciones públicas durante el mes de noviembre y diciembre	0,5	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.2 Evaluación del Sistema de Control Interno	3.2.3.1 Se observa debilidades en el subsistema de control de evaluación, en lo referente a que no se evidenció un análisis y evaluación respectiva al Plan de Desarrollo "Bogotá sin indiferencia: un compromiso contra la pobreza y la exclusión" correspondiente al periodo 2004-2008. Situación que hacía parte de los lineamientos generales del plan de gestión de la actual administración con el fin de realizar el seguimiento, evaluación y control estratégico de la ejecución de las metas físicas y financieras del plan de desarrollo finalizado a mediados de la vigencia fiscal de 2008, incumpliendo el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Articular los objetivos estructurantes del Plan de Desarrollo 2008-2012 con la metodología BSC la cual permite hacer seguimiento y evaluar los planes programas y proyecto que se controlara a través del POA.	No. De evaluaciones realizadas / Total de evaluaciones programadas "100	100%	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	100%	Se articulo el plan de desarrollo institucional con los objetivos estructurantes con ciudad de derechos, legitimidad social, participación gestión pública eficiente el cual la oficina de planeación hace entrega a Gestión Pública y Autocontrol como se articula, para la vigencia del 2009 se evaluo el plan de desarrollo respecto al cumplimiento de las metas trazadas, en cada Pca se observa la perspectiva del BSC	1	C

Tipo Informe		8		8 GESTION																											
Formulario		3401																													
Moneda Informe		1																													
Entidad		412																													
Fecha		2010/12/31																													
Periodicidad		6																													
4		8																													
ORIGEN		CAPITULO		DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA		INDICADOR		META		AREA RESPONSABLE		RESPONSABLE DE LA EJECUCION		RECURSOS		FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO		GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD		ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD		RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA		ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	PLANEACION - SISTEMAS - SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - AREA DE ATENCION AL USUARIO	3.2.3.2 De acuerdo con la programación de las agendas medicas por especialidad, no se evidencia una politica de autoevaluación de la gestión a realizar y/o realizada, mediante algún instrumento de medición que soporte las planillas de reporte de programación de agendas, en el sentido que se puedan consolidar la información pertinente sobre las consultas atendidas, incumplidas, pendientes de reprogramación y motivos de cancelación, entre otras, contraviniendo lo estipulado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Realización de un informe que incluya la consolidación de la información relacionada con el número de consultas atendidas, canceladas, incumplidas, reprogramadas, y sus motivos para el análisis, toma de acciones preventivas y correctivas y ampliación del análisis producción vs. capacidad instalada.	No total de informes	4	Sub Gerencia de Servicios de Salud, Planeación y Oficina de Atención al Asuario	Mauricio Tribin, Gina Gutierrez, Martin Rodriguez y Diba Burbano	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	100%	El resultado del análisis del periodo del 2010 fue positivo en cuanto a la demanda atendida. La contratación con IPS subsidiadas incluyendo la cápita, el reforzamiento del recurso humano y el monitoreo continuo de los procesos fueron puntos clave para el resultado. Se presento durante la vigencia del 2010 la disminución del 81% de la inasistencia de los pacientes a consulta, producto de las medidas preventivas y correctivas q adopto el hospital como fueron: campamentos o charlas de sensibilización a los usuarios, socialización de la política deberes y derechos, entrenamiento de los funcionarios, es resultado de estas estrategias es la utilización del 95% del tiempo del Recurso Humano programado para consulta. El porcentaje de asignación de consulta equivalente a la utilización de la capacidad instalada en lo referente al recurso humano, tambien se mostro estable aunque en septiembre presento una disminución en un 17%. La inasistencia se suplió en la mayoría de con consultas extras, este tipo de consultas correspondió al 3,75% de la consulta signada	1	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	EVALUACION DE PRESUPUESTO(6)	3.4.1.1 Con relación a la venta de servicios con cargo al contrato de vinculados, se refleja que de un presupuesto definitivo de \$18.042,9 millones, se recaudaron recursos por \$16.625,1 millones, equivalentes al 92,14%. Este ingreso se perfeccionó mediante la facturación generada por el Hospital al FFDS, por la suscripción y ejecución de los convenios interadministrativos Nos: 475 del 27/04/07, para vinculados, incluido el proyecto de gratuidad en salud, ejecutado desde el mes de octubre de 2008, cuyo objeto es "... la cuota de recuperación para la población afiliada al régimen subsidiado, identificadas en los niveles SISBEN 1 y 2, que demande servicios de salud no POS-S que se encuentre dentro de los siguientes grupos poblacionales (1) población entre 1 y 5 años, (2) mayores de 65 años y (3) población con discapacidad severa, será asumida por el FFDS..." y el convenio para desplazados, suscrito el 28/09/07. Durante la vigencia 2008, el mes de marzo es el que registro el mayor recaudo (40,14%), representado en \$6.674,09 millones, sin embargo, en los comprobantes de ingreso a tesorería de este mes, se registra un valor de \$6.707,82 millones, presentándose una diferencia de \$33,72 millones, correspondiente al recibo de caja No.1074436 del 04/03/2008, valor no incluido en esta cuenta, pero que se relaciona en el rubro presupuestal FFDS - APH lo que evidencia un registro indócido en la cuenta FFDS - APH, por cuanto el recaudo de los \$33,72 millones, pertenecen al rubro FFDS Atención a Vinculados, acuerdo al objeto definido en el plan de cuentas presupuestales, esta situación ocasiona por un lado sobreestimación de las cuentas y por otro disminución, en cuanto al recaudo efectivo generado durante el periodo, como consecuencia se evidencia que no se está cumpliendo estrictamente con el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1993.	Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería	Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas	12	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera, presupuesto y Tesorería	Jose Alberto Romero, Miliades Vanegas Roco, Mauricio Ariza y Edwin Gonzales	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2010	0,45	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.1.2 Evaluado el rubro Atención a Vinculados, se encontró que el recaudo producto del convenio N. 137 de 2005, para atender los accidentes escolares, suscrito entre las Secretarías Distrital de Salud y de Educación, corresponde a pagos de actividades prestadas y facturadas de la vigencia 2007, que se registraron en la vigencia 2008, de ese recaudo, el recibo de caja No. 1061872 del 22/01/2008, por valor de \$0,82 millones, se registró en la ejecución de ingresos del presupuesto en las cuentas por cobrar - FFDS, en el mes de enero de 2008. De otra parte, los recibos de caja No. 1088422 del 22/04/2008, por valor de \$2,92 millones y el No. 1092927 del 08/05/2008, por \$1,18 millones, se registraron a nombre de la Secretaría de Educación en las meses de abril y mayo de 2008, en el rubro presupuestal de Cuentas por Cobrar - Otros pagadores. Por lo anterior se evidencia que el hospital no registró el recaudo de los \$4,1 millones, correspondientes a los recibos de caja Nos: 1088422 y 1092927, en el rubro cuentas por cobrar FFDS, sino en el rubro cuentas por cobrar - Otros pagadores, situación que determina un indebido registro en los valores de la cuenta de cobro, lo que denota que faltan puntos de control en el área, contraviniendo lo estipulado en el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1993.	Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería	Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas	12	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera, presupuesto y Tesorería	Jose Alberto Romero, Miliades Vanegas Roco, Mauricio Ariza y Edwin Gonzalez	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2010	0,45	C															
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	EVALUACION DE PRESUPUESTO	3.4.1.4 En el informe de austeridad del gasto, presentado por la ESE en la cuenta anual de 2008, por el sistema de información SIMCOF, se observó mediante prueba selectiva que los siguientes medicamentos e insumos hospitalarios, no presentaron cambios significativos en los valores unitarios, como por ejemplo: "Amikacina Solución inyectable 250 mg/mL (500 mg2 mL), Ampolla x 2 mL", adquirido mediante del contrato No. 410 con CORPALIL del 14-03-2008 a mayo de 2008, se compró a \$566 pesos, el mismo precio adquirido en la vigencia 2007, posteriormente se pactó el contrato No.1504 con el mismo proveedor, con un plazo del 27-10-2008 al 27-12-2008, por medio de este nuevo contrato, se compraron 150 unidades, a \$420 pesos, el mismo precio de la vigencia 2007. Con lo anterior se evidenció que el descuento del valor inicial del medicamento en el 2007, que era de \$566 pesos, a \$420 pesos en el 2008, solo se hizo efectivo desde el mes de octubre, hasta diciembre de 2008 inclusive y no por toda la vigencia, como se relaciona en el informe reportado por el hospital. Igualmente, con el medicamento "Catio glucocortico Solución inyectable 10%, Ampolla x 10 mL", hasta el mes de junio de 2008, se compró a los mismos \$447 pesos, de la vigencia 2007 y a partir del mes de diciembre de 2008, se adquirió a \$380 y no a \$283 pesos.	Controlar y verificar los precios a pactar contractualmente buscando austeridad en el gasto.	Informe de austeridad en el gasto	2	Sub Gerencia Administrativa y Recursos físicos	Gerardo Vera Cuenca	0	2010/01/01	2010/10/31	Semestral	100%	A junio 30 de 2010 se recibe oficio en la oficina de gestión en donde se informa que una vez detectada la necesidad del medicamento o insumo se procede a cotizar con los diferentes proveedores registrados en la base de datos del área de suministros y analizar y se comparan los precios así como las calidades de y estadísticas de los productos y se proceden a comparar a quien ofrece el costo que más favorezca al hospital, verificando a través del procedimiento adquisición de bienes y/o servicios.	0,49	C															

Tipo Informe	8	Formulario	3401	Moneda Informe	1	Entidad	412	Fecha	2010/12/31	Periodicidad	6	4	8	8 GESTION											
CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA										
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	<p><b>3.4.1.5</b> En la evaluación de la cuenta medicamentos e insumos hospitalarios, se examinó desde el punto de vista presupuestal, el contrato de suministro de medicamentos No. 097 del 28-08-2008, suscrito con PROCAPS S.A., por valor \$14.4 millones, cuyo objeto es el suministro de medicamento para la farmacia del hospital.</p> <p>Mediante remisiones o adelantos de mercancías, la ESE solicitó al proveedor el ingreso de medicamentos, sin el perfeccionamiento previo del contrato, por lo que ingresaron a la bodega medicamentos con remisiones para ser legalizadas posteriormente. Para el caso del contrato en cita, los medicamentos habían ingresado en las siguientes fechas: el 26 de agosto de 2008, con el comprobante de ingreso No.009132, con el comprobante de ingreso No. 009140 del 28 de agosto de 2008, comprobante de ingreso No. 9155 del septiembre 5, comprobante de ingreso No. 9171 de 11 de septiembre y el 9184 del 16 de septiembre.</p> <p>Cuando se perfeccionó el contrato, los medicamentos habían ingresado en su totalidad. Con el comprobante de ingreso No. 9214 del 23 de septiembre de 2008, se legalizaron las remisiones y hasta el 17 de septiembre de 2008, la bodega de farmacia recibió el contrato.</p> <p>Efectuada la auditoría se observó que el medicamento "Iruosemida solución inyectable 10mg/ml ampolla x 2ml", cantidad 1.400, valor unitario \$258 pesos, valor total \$361.200 pesos, ingresó a la bodega de farmacia con el comprobante de ingreso No. 9155 del septiembre 5 de 2008, pero no se legalizó con este contrato, quedando por fuera la cancelación de esta factura, por cuanto los medicamentos recibidos previamente, cubrieron el valor total del contrato, \$14.4 millones. Esta factura fue cancelada con otro contrato del mismo contratista, PROCAPS con posterioridad.</p> <p>Lo anterior evidencia la falta de puntos de control y de procesos de planeación, para garantizar la oportunidad en el suministro de los medicamentos e insumos hospitalarios y darle cumplimiento efectivo al plan de compras, por lo que se transgrede el artículo 2º, literal h), de la Ley 87 de 1993.</p> <p>De otra parte, se evidenció que en el comprobante de ingreso a farmacia y al almacén, se registran manualmente el número del contrato y la orden de pago, ya que el sistema de información SIGMA, no posibilita la opción de incluir estos dos conceptos.</p> <p>Análisis del Programa Anual de Caja</p> <p>De acuerdo al PAC ajustado al cierre de la vigencia fiscal de 2008, se determinó en primer lugar en el PAC de ingresos la entidad programó un PAC de ingresos por \$35.328 millones y al verificar los ingresos corrientes del periodo, estos se registraron por valor de \$31.936.9 millones, determinándose en tal sentido, un PAC no ejecutado por \$3.391.1 millones, que representa el 9.6%, frente al PAC de ingresos programado.</p> <p>Con relación al PAC de gastos, se programaron durante la vigencia, en un monto de \$36.974.6 millones, de los cuales se ejecutaron pagos en el transcurso de la vigencia por \$32.583.7 millones, lo que indica que la entidad no ejecutó un PAC de gastos por \$4.390.9 millones.</p> <p>En el mes de marzo la entidad recibió ingresos corrientes por \$8.623.8 millones y estableció pagos en dicho mes, por \$2.658.3 millones, lo que le permitió contar con un saldo disponible del periodo de \$5.965.6 millones y un saldo neto de tesorería de \$5.825.3 millones, situación que le permitiría regular sus pagos en los siguientes periodos.</p> <p>Teniendo en cuenta el cierre presupuestal del periodo, la ESE terminó con un saldo disponible negativo en \$1.154.5 millones y un saldo neto de tesorería de \$900.5 millones. De la entidad se observa que el comportamiento del PAC, reflejó dificultades de incluir debidamente</p>	Elaborar de manera oportuna los contratos de suministro de insumos y medicamentos. Establecer puntos de control que permitan verificar el saldo de los contratos antes de realizar los pedidos.	% de ejecución de los contratos	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y Recursos Físicos	Supervisores de los contratos	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	En el mes de junio se entrega resolución a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Resolución 0017 de 2010 por medio del cual se aprueba la actualización de procedimientos, se evidencia actualización de procedimiento Adquisición de Bienes y/o Servicios, no obstante lo anterior no se evidencia formato en donde se pueda establecer puntos de control para la verificación de saldos de los contratos.	0,49	C										
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	<p><b>3.4.1.9</b> La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2008, registró un déficit presupuestal de \$6.456.1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$24.965 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$31.421.1 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2007, fue de \$4.357.9 millones, cifra que representa un incremento del mismo en \$2.098.1 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que las medidas tomadas para reducir el déficit no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera del hospital requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo, de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. De lo anterior se deriva que el Hospital no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, anexo técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores.</p>	Gestion Recaudo de Cartera, Contratación de Servicios, Gestion en revisión de tarifas y Gestion de costos	Gestiones realizadas	Variación Positiva	Gerencia / Subgerencia Activa y Financiera/Coordinación Financiera	Dr Carlos Eduardo Pineda, Jose Alberto Romero y Miciadas Vanegas Rozo	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	100%	Del total de las 51 empresas identificadas para conciliar en la ciudad de Bogotá se realiza conciliación de cartera con 31 de ellas logrando un porcentaje de cumplimiento del 60.10 % aclarando que las entidades que quedan ubicadas fuera de Bogotá el proceso de conciliación esta como plan de mejoramiento hallazgo 3.4.3 de vigencia 2009. Se adjunta evidencia de las actas de conciliación.	0,6											
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	<p><b>3.4.3.1</b> Las directrices impartidas para la elaboración, consolidación y presentación del Presupuesto Orientado a Resultados, las estableció la Secretaría de Hacienda de Bogotá, D.C. a las E.S.E.S. en los formatos "Dirección de Sistemas e Informática Especificaciones caso de uso, Módulo de Programación: Carga Archivos Planos POR RQ1264-2007, Fecha de Creación: Julio de 2007 Ciudad: BOGOTÁ D. C.", sin embargo, al revisar la información reportada en SIVICOF, en las cuentas mensuales y anual de la vigencia 2008, se observa que en el documento electrónico "CSN-1003 - PRESUPUESTO ORIENTADO A RESULTADOS", el hospital siempre remite lo siguiente: "Las Secretarías de Hacienda Distrital y de Salud, no han definido los lineamientos para la aplicación del POR en los Hospitales del Distrito", no obstante, este ente de control solicitó información sobre el tema, con el oficio No. 100121-04 del 15-09-09, a lo que el hospital respondió: "En la actualidad esta información se esta registrando en un aplicativo de la Secretaria de Hacienda Distrital donde se digitan los indicadores de objetivos y los indicadores de productos"</p>	Se gestionara ante la Direccion Distrital de Presupuesto de Bogotá, D.C. las acciones correspondientes para la expedición de los lineamientos necesarios para la aplicación del POR en el Hospital.	Gestiones realizadas	3	Planeacion	Jose Cermello	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	La Secretaría de Hacienda Distrital no ha definido los lineamientos para la aplicación del POR en los hospitales del Distrito y por ende su envío a los diferentes entes de control. A pesar de esto el hospital san bias ha venido remitiendo la información a la Secretaría Distrital de Salud correspondiente a la producción en forma trimestral por lo que se deben tener en cuenta los informes al mes de junio de 2010, que fueron remitidos en la cuenta de julio de 2010, se anexa corte a septiembre de 2010	1	C										
Auditoria Gubernamental con Enfoque Modalidad Vigencia 2008	Integral Regular	<p><b>3.5.2</b> Se encuentran 1641 registros de cuentas abiertas sin facturar en el sistema de información, correspondientes al periodo de junio de 2002 a noviembre de 2006 por un valor de \$147.789.087. La falta de expedición de la factura hizo inoperante el cobro a la entidad obligada al pago, por los servicios prestados por el hospital.</p>	Seguimiento y control a la información generado por el sistema en cuanto a cuentas abiertas	Informes efectuados/ Informes programados	12	Sub Gerencia Administrativa ,Coordinación Financiera y Area de Facturación	Jose Alberto Romero, Miciadas Vanegas, Yuli Albarracín	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	Mensualmente se solicita al área de sistemas el listado de cuentas abiertas se verifica el listado excluyendo los usuarios que se registran hospitalizados, después la coordinadora de facturación entrega listado a los facturadores de las cuentas q aparecen abiertas para su respectiva facturación y verificación	1	C										

Tipo Informe	8	8 GESTION													
Formulario	3401	CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2													
Moneda Informe	1														
Entidad	412														
Fecha	2010/12/31														
Periodicidad	6														
	8	Intermedio	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.1 Existen deficiencias en la planeación y gestión de los proyectos ante la Secretaría Distrital de Salud, evidenciadas en la falta de celeridad en los procesos de asignación presupuestal, viabilización, gestión administrativa y contratación de los mismos. Al revisar los componentes estructurantes de inversión de los del Proyecto de Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud en los dos planes de desarrollo ejecutados durante la vigencia fiscal de 2008; se observa en términos generales, que no se registró en la programación de los recursos presupuestales observado en el proyecto Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud -Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria; si se tiene en cuenta por un lado, que en el registro de la Ficha EBI se proyectaron unos costos estimados por valor de \$2.124,4 millones, para el periodo 2005-2007, dejando en consecuencia desfinanciada la programación de recursos para la vigencia fiscal de 2008, no obstante que el Hospital dentro de los propósitos del Plan Maestro de Equipamiento de Salud, se encuentra programado para la realización de actividades relacionadas con el tipo de intervención de reordenamiento-reforzamiento y ampliación dentro del periodo de mediano plazo 2008-2012. Lo anterior deja entrever el incumplimiento a la ley 87 de 1993, en su artículo 4, numeral 6, dada las consecuencias de financiar de manera oportuna los proyectos vitales de la organización.	Coordinar y gestionarse de manera oportuna los proyectos de inversión y las asignaciones presupuestales.	No. De gestiones realizadas / No. de gestiones programadas * 100	100% proyectos con asignación presupuestal	Planeación	José Cermeño	0	2009/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Mediante radicado 8535 del 22 de octubre de 2010 se expide el certificado de viabilidad y concepto técnico al proyecto reposición y adquisición de equipos biomédicos por un total de \$5.000 millones en donde el hospital cofinancia \$300 millones, adicionalmente con el oficio 208 del GFPS de noviembre 10 de 2010 se solicita la contratación de las torres de gastroenterología y ecográfico; en cuanto al proyecto Fortalecimiento de la política de participación social y servicio al ciudadano, el hospital consiguió la viabilización de dicho proyecto radicado con el oficio 9009 de noviembre 10 de 2010 en el cual se recibe el concepto de viabilidad por parte de la SDS. Se adjunta copia oficio 232 de diciembre 13 de 2010 al Director de Planeación y sistemas de la SDS en donde se informa de los ajustes al proyecto Hardware del Hospital a ser ejecutados con recursos del Hospital	1	
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo Social	3.6.1.2 El resultado presentado en los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, permiten observar que la gestión en la producción hospitalaria no es la más óptima, donde se evidencian una serie de inconvenientes asociados con la negación de las autorizaciones por parte de las EPS, no se evidencia claramente como esta soportada la capacidad de la infraestructura médica para la prestación de los servicios de acuerdo a un portafolio de servicios que se oferta para cada vigencia. De igual forma si el recurso humano médico es afín a las necesidades del hospital y de igual forma no se evidencia que exista una política agresiva de mercado en la contratación con otras EPS que permitan mejorar los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, lo cual pone en evidente riesgo el de mantener un grado de sostenibilidad financiera de la ESE sin afectar los resultados de la rentabilidad social que debe garantizar toda EPS pública. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Elaboración del Plan de Producción Institucional - Elaboración de un Plan de Mercado	Planes Elaborados	2 planes elaborados	Planeación	José Cermeño	0	2009/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Se entrega plan de mercado con radicado a gerencia 9596 de diciembre 2 el cual contiene indicadores de producción hospitalaria a 2009 de acuerdo con la capacidad de la infraestructura médica para la prestación de los servicios de acuerdo al portafolio, se incluye estudio de población, análisis de la demanda y oferta de los servicios del hospital, este plan sustentado con la matriz de contratación a noviembre 30 de 2010 como también propuesta enviada a la secretaria de Salud de redistribución de camas de medicina interna y ginecología.	1	E
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.3 Una vez analizados los indicadores de producción hospitalaria, se observa en términos generales que sus resultados no son los más óptimos en cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional, al igual que de las metas determinadas en el Plan Operativo o de Acción de la ESE, con lo cual se colige que las estrategias implementadas no han surtido las acciones efectivas que permitan mostrar resultados en cuanto a la ampliación de los servicios de atención y cobertura a la población objeto de los contratos que celebra el hospital, tanto con la Secretaría Distrital de Salud-FFDS como con las EPS del Régimen Subsidado, para atender a la población pobre y vulnerable y aquella población afiliada al régimen subsidiado. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Mejorar la utilización de la capacidad instalada global por encima del 70% - Incrementar acciones de mercado	Análisis de utilización capacidad instalada mensual / Total capacidad instalada	Capacidad instalada global utilizada por encima del 70%	Planeación - Subgerencia de servicios de Salud	José Cermeño - Mauricio Tribin	0	2010/01/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Durante el último trimestre la capacidad instalada del hospital fue de 73,71% reporte enviado por Mauricio Jose Tribin Subgerente de Servicios Salud.	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.4 En el informe del Plan Indicativo de Gestión en el Eje Social del Plan de Desarrollo durante el primer semestre de la vigencia 2008, estableció como objetivo el "garantizar el acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, ...", mediante la implementación de la estrategia de aumentar los niveles de productividad en los servicios de salud, para lo cual determinó como una de sus metas incrementar en un 8% los servicios Hospitalarios hasta logra la optimización de la capacidad instalada institucional. Sin embargo, al revisar los indicadores de producción hospitalaria se observó que sus niveles de crecimiento fueron negativos denotando por ende que la gestión fue negativa en este sentido. Por lo tanto, se estaría incumpliendo con la meta de incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30%. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Incrementar la producción hospitalaria en un 2% - gestionar la contratación con EPS.	Número de contratos para la prestación de servicios de salud - Incremento de la producción	Mínimo 2 contratos - Aumentar 2% de la producción global	Gerencia, Subgerencia de Servicios de Salud-Planeación - Oficina de Atención al usuario	Carlos E. Pineda, José Cermeño- Mauricio Tribin- Martín Rodríguez	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Comparando primer semestre de 2009 contra primer semestre de 2010 se observa un incremento de 11% en actividades resolutivas y de apoyo diagnóstico. A sep tiembre de 2010 se observó un incremento del 2% en actividades resolutivas respecto al 2009 cumpliendo con la meta del plan de desarrollo institucional. A sep tiembre de 2010 se observa un incremento del 2% en actividades resolutivas respecto al 2009 cumpliendo con la meta del plan de desarrollo institucional. Se adjunta cuadro comparativo actividades resolutivas incremento del 2009 al 2010 del 2,54% y apoyo diagnóstico 0,86%.	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.5 La ESE se propuso en el informe del "Plan Indicativo de Gestión", como una de sus metas institucionales "Incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30% del total facturado por la prestación de servicios de salud", de acuerdo al objetivo de "Fortalecer la gestión institucional en sus componentes estratégico, financiero, administrativo y de talento humano para que se constituya en la base fundamental para la gestión", observándose en consecuencia una débil gestión en la estrategia de optimizar la gestión de la planeación financiera que permita la sostenibilidad de la institución. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Se gestionara por parte de la Gerencia con EPS-S y con otras EPS con el fin de alcanzar la meta propuesta.	(Facturación otros Pagadores Vig.Actual/Facturación Vigencia Anterior)*100	Variación Positiva	Gerencia, Planeación	Carlos E. Pineda y José Cermeño	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	En la facturación del cuarto trimestre del 2010 y realizando la comparación del 2009 al 2010 en empresas diferentes al FFDS aumento un 19,8%. La facturación del cuarto trimestre de la vigencia 2010 disminuyó en un 11% con respecto al 2009. La disminución de la facturación del FFDS ocurrió por la ampliación de la cobertura del Régimen subsidiado según los acuerdos de 2008 y 011 de 2010; el incremento de la facturación de pagadores diferentes al FFDS puede presentarse por lo anteriormente y por las estrategias de mercado implementados por la administración.	1	C

Tipo Informe		8		8 GESTION												
Formulario		3401														
Moneda Informe		1														
Entidad		412														
Fecha		2010/12/31		CB-0402: PLAN DE MEJORAMIENTO - 2												
Periodicidad		6		Intermedio												
4		8														
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION		ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.6 Al revisar el sistema de costeo implementado por el Hospital en cada uno de los centros de costos determinados por Unidades Funcionales, se observa en términos generales que durante la vigencia fiscal de 2008, se determino una estructura de costos por valor de \$30.638.2 millones, donde se observa que de las 22 Unidades Funcionales establecidas como centros de costos por el hospital, en siete de dichas unidades funcionales se concentra el 60% de los costos prorrateados en los diversos conceptos de gasto tanto operacionales como administrativos; observándose en consecuencia, deficiencias en el proceso establecido en el objetivo del Plan Estratégico, relacionado en buscar la rentabilidad financiera con el desarrollo de un sistema de costeo por producto. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.		Gestionar la adquisición de un aplicativo que contenga el sistema de contabilidad de costos, articulando el actual sistema de Costos del Hospital para dar cumplimiento a la Resolución de la Secretaría de Hacienda No 0005 de 19 de Octubre de 2009, para implementar el sistema de contabilidad de costos del Distrito Capital donde se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimiento y términos para la entrega de la información.	Gestiones realizadas	2	Planeación y Sistemas de Información, subgerencia administrativa y financiera y coordinación financiera	Jose alberto Romero, José Cermeno y Miciades Vaneegas	0	2010/04/01	2011/03/31	Trimestral	100%	En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en camino a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010). No obstante lo anterior se adjunta análisis comparativo de costos de primer,segundo y tercer trimestre de 2010 dirigido a Wladimir Estrada Moncayo Director Financiero de SDS 403 GPPS- 217- 2010	0,5	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.7 De acuerdo a los Convenios Interadministrativos celebrado entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el Hospital de San Blas, durante las vigencias 2007 y 2008, cuyo objeto es la ejecución de alternativas orientadas a la atención integral de personas con problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas; se observa que la operación , ejecución y administración del Centro Despertar durante la vigencia 2008, funcionó con un margen de rentabilidad negativo de \$1.615 millones, teniendo en cuenta que se establecieron unos costos por \$2.098.0 millones, que comprendían mano de obra, gastos generales, gastos administrativos y logísticos.		Marcadear y gestionar la contratación de nuevos usuarios hasta la capacidad instalada de tal manera que se garantice el equilibrio financiero.	Cupos contratados/ numero de cupos disponibles*100	70%	Gerencia	Carlos E. Pineda	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Se adjunta certificación firmada por Consuelo Azar Sosa informando que a 31 de diciembre de 2010 en el centro de atención Despertar se encontraban 79 usuarios (79%)	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.1.8 Al confrontar la información suministrada por el área de Planeación y Sistemas referente al consolidado de la producción hospitalaria frente a la información que genera el Sistema SIGMA en el modulo de información gerencial, se observa que en el consolidado de producción hospitalaria por concepto de Egresos en el servicio de Gineco-Obstetricia se reporta para la vigencia 2008, un total de 3.576 Egresos, mientras que en el Modulo de Información gerencial del SIGMA se registra un total 3.714 egresos, siendo por lo tanto inconsistente la información generada en el SIGMA frente a la reportada por el área de Planeación y Estadísticas. Lo cual podría ocasionar, al suministrar información no confiable para la toma de decisiones por parte de la Alta Gerencia y para el efectivo seguimiento y control de las acciones del Hospital. Lo cual permite establecer el incumplimiento a lo normado en la ley 87 de 1993, en su artículo 2º, inciso e)		Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.	Gestiones realizadas	2	Gerencia y Planeación	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeno-	0	2010/04/01	2011/03/31	Semestral	100%	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinámico parametrizable, interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HECOB lo relacionado con el sistema SEVENERP es un sistema integrado de Heon y Cactus.En cuanto a las acciones adelantadas en el mes de diciembre se actualizó la ficha el proyecto de hardware en camino a adquirir y reponer algunos equipos de computo, impresora, licenciamiento y cableado estructurado, que es financiado con recursos propios con un esfuerzo para contribuir a que se mejore la oportunidad en la información y la atención al usuarios (se adjunta oficio con radicado 177788 de diciembre 13 de 2010 se da viabilidad al proyecto)	0,5	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.6 Evaluación al Plan de Desarrollo y Balance Social	3.6.2.1 Para efectos de poder evaluar la ejecución de los convenios interadministrativos celebrados por el Hospital con los diversos actores locales y distritales, en la planificación, ejecución y seguimiento y control de las diversas líneas de intervención social, no se evidencia en el informe del balance social la programación de dichos recursos y sus niveles de ejecución, que permitan evaluar los resultados en la aplicación de dichos recursos para efectos de medir el impacto de la política pública desde el contexto de la inversión social percipita realizada con estos recursos que se celebran en los diversos convenios interadministrativos básicamente con el Fondo de Desarrollo Local, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaria Distrital de Salud.		Adecuar el informe del balance social a la metodología de la Contraloría.	Presentación del informe ajustado a la metodología de la Contraloría.	100%	Planeación y Sistemas	José Cermeno	0	2010/01/01	2011/02/28	Anual	100%	Aprobada Corrección para el 2011-02-28 Rad. 20108553 PRO 221322 del 2010-10-21	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.7 EVALUACIÓN GESTION AMBIENTAL INSTITUCIONAL A NIVEL INTERNO	3.7.1 El hospital reportó en el SIMCOF la capacitación durante el 2008 a 340 personas en temas de medio ambiente y el cumplimiento del 100% de la meta establecida, de la capacitación a la totalidad del personal vinculado al hospital.		Programar las capacitaciones sobre gestión ambiental al 48% del personal vinculado al Hospital.	No Personas Capacitadas/No. Personas pendientes por capacitar * 100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y Gestión Ambiental.	José Alberto Romero y Adriana Patricia Rincón	0	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	100%	Según evidencias adjuntas a junio 30 de 2010 se han capacitado a 413 PERSONAS. Se capacitaron 168 entre contratistas y funcionarios (tercer trimestre), durante el cuarto trimestre se capacitaron 142 personas	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.1 En el consolidado de peticiones reportado por el hospital en SIMCOF y los documentos soportes de las peticiones, se evidenció la urgencias, sillas en la sala de espera de consulta externa, deterioro de los baños en urgencias y consulta externa y se verificó que una de 2008 con respuesta de abril 21 de 2008 ante el hospital tal como lo establece el artículo 55 de la Ley 190 de 1995, los artículos 23, 35 y 46 de la Ley 734 de 2002, Ley 962 de 2005 y lo estipulado en los literales e) y g) Artículo 2º del la Ley 87 de 1993.		Socializar a todos los funcionarios del hospital los plazos que determina la ley para la respuesta oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias que presentan los usuarios del hospital, a través de medios escritos como circular de la Gerencia y escrito anexo inserto a cada solicitud de respuesta de las solicitudes de la comunidad.	Socializaciones realizadas/ socializaciones programadas*100	100%	Jurídica y Atención al usuario y Participación Social	Mauricio Gonzalez - Martín Alfonso Rodriguez	0	2010/01/01	2010/12/31	Trimestral	100%	En la actualidad el área de atención al usuario viene dando aplicación a los tiempos establecidos en el código contencioso administrativo y a la circular 018 de la Alcaldía Mayor de Bogotá a los requerimientos de peticiones en interés general, interés particular, derechos de petición de informaciones, derecho de formulación de consultas y proposiciones de acuerdo al oficio remitido desde el área jurídica bajo número 402+ GFJ 320 . Oficio No.0402-GUJ-070 para las Subgerencia Administrativa Y Financiera, Subgerencia Servicios de Salud, Planeación y Talento Humano, Referencia Precisiones Sobre El Derecho de Petición.	1	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Regular Modalidad Vigencia 2008	3.9 Resultado Evaluación de Acciones Ciudadanas	3.9.2 Se constató que existe falta de mantenimiento en algunas áreas del hospital evidente en el deterioro de camillas en el área de urgencias, sillas en la sala de espera de consulta externa, deterioro de los baños en urgencias y consulta externa y se verificó que una de 2008 con respuesta de abril 21 de 2008 ante el hospital tal como lo establece el artículo 55 de la Ley 190 de 1995, los artículos 23, 35 y 46 de la Ley 734 de 2002, Ley 962 de 2005 y lo estipulado en los literales e) y g) Artículo 2º del la Ley 87 de 1993.		Establecer y dar cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario	No mantenimientos realizados/ No mantenimientos programados*100	100%	Subgerencia Administrativa y Financiera y Recursos Fisicos	Jose Alberto Romero, Gerardo Vera y Claudio Rodriguez	0	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	100%	En la vigencia del 2010 el área de mantenimiento ha estado ejecutando reparaciones y mantenimiento localitas teniendo en cuenta el cronograma. La SDS realiza visita a los servicios del hospital para verificar la respectiva habilitación de los servicios. Se habilita los servicios del hospital y se da cumplimiento al plan de mantenimiento.	1	C



