
	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0009	

**N° INFORME:** OCI-SISSO-IL-2023-05

**DENOMINACIÓN DEL TRABAJO:** Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2022.

### **DESTINATARIOS<sup>1</sup>**



*Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:*

- Martha Yolanda Ruiz Valdés, Gerente
- Sandra Milena Rozo Mateus, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Liliana Marcela Rodríguez Moreno, Subgerente Corporativa
- Diana Milena Mendivelso Díaz, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Claudia Patricia Rosero Caicedo, Jefe Oficina de Calidad
- Germán Arturo Orozco Vanegas, Jefe Oficina Asesora Jurídica
- Carmen Esther Acero García, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Marcela Castellanos Cabrera, Jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, Jefe Oficina de Sistemas de Información - TIC

**EMITIDO POR:** Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno

**EQUIPO AUDITOR:** Ana Lucía Arias Gómez, Profesional Universitario G11  
Carmen Mireya Reyes Moreno, Profesional Enfermera G20  
José William Forero Jiménez, Profesional Universitario G15  
Angélica del Pilar Sánchez Pacheco, Profesional Universitario (OPS)  
Lina Tatiana Cardozo Perdomo, Profesional Universitario (OPS)  
Iván Ramiro Acosta Puentes, Profesional Especializado (OPS)  
Luis Carlos Conde Sánchez, Profesional Universitario (OPS)

<sup>1</sup> En virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 **Artículo 2.2.21.4.7**, Parágrafo 1° (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) *“Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)”*

	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	<b>2</b>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	<b>05/05/2022</b>	
		Código:	<b>17-00-FO-0009</b>	

## I. OBJETIVO(S)



Evaluar los resultados de gestión presentados por las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., con respecto a los compromisos establecidos en el Plan de Acción Anual Institucional de la vigencia 2021, e identificar las dificultades y logros más representativos en la ejecución de los compromisos establecidos en dicho plan.

## II. ALCANCE

Nivel de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan de Acción Anual Institucional 2022 por cada una de las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en el período 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022.

## III. MARCO NORMATIVO

- **Circular N° 04 de 2005** expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional, que en materia de Control Interno expresa: *“(...) el análisis de la gestión de cada área de la organización deberá basarse en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional, (...). Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso (...). La Evaluación Institucional a que se refiere la presente circular será anual y se efectuará respecto del año anterior durante el mes de enero de la siguiente vigencia, (...)”*
- **Anexo Técnico del Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral** de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba, del Acuerdo 6176 de 2018 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil, que en su numeral II establece: *“Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces. Dar a conocer a los evaluadores el resultado de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias del año inmediatamente anterior, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente período de evaluación”*.

	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0009	

#### IV. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES



Dando cumplimiento a la normatividad anteriormente relacionada, la Oficina de Control Interno llevó a cabo la verificación del cumplimiento de las metas institucionales por parte de las diferentes áreas o dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., tomando como criterio las metas asociadas a los objetivos estratégicos de la Entidad (consolidados en el Plan de Acción Anual Institucional 2022), tomando como insumo los registros realizados y soportes cargados en el aplicativo ALMERA por los responsables de los procesos asociados a cada área o dependencia.

Este informe contiene como Anexo las fichas de análisis elaboradas para cada uno de los procesos organizados por las áreas de la entidad utilizando el formato dispuesto por la Función Pública para tal fin.

#### NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Previo análisis de los resultados de gestión obtenidos durante el ejercicio de seguimiento y evaluación del Plan de Acción Anual Institucional, a continuación, se relacionan los resultados consolidados de la evaluación por áreas o dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. correspondientes a la vigencia 2022:

DEPENDENCIAS / ÁREAS	PROCESOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	100,00%
Oficina de Calidad	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo	99,86%
Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	100,00%
Dirección de Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano	100,00%
Oficina de Gestión del Conocimiento	Gestión del Conocimiento	100,00%
Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Gestión del Riesgo en Salud	99,00%
Dirección de Servicios Hospitalarios	Gestión Clínica Hospitalaria	100,00%
Dirección de Servicios Complementarios	Gestión de Servicios Complementarios	98,70%
Dirección de Servicios de Urgencias	Gestión Clínica de Urgencias	100,00%
Dirección de Servicios Ambulatorios	Gestión Clínica Ambulatoria	91,00%
Dirección Financiera	Gestión Financiera	90,00%
Oficina Asesora de Comunicaciones	Gestión de Comunicaciones	100,00%



	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0009	

DEPENDENCIAS / ÁREAS	PROCESOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Oficina de Sistemas de Información - TICS	Gestión de TICS	100,00%
Dirección Administrativa	Gestión del Ambiente Físico	98,90%
Oficina Asesora Jurídica	Gestión Jurídica	100,00%
Oficina de Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	100,00%
Oficina de Control Interno	Control Interno	100,00%
Dirección de Contratación	Gestión de Contratación	99,90%

## V. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que, el Plan de Acción Anual Institucional es una herramienta de gestión, que permite a cada una de las dependencias organizacionales orientar sus procesos y recursos de forma estratégica hacia el logro de unos objetivos y metas previamente establecidos, y conforme a los resultados obtenidos en la evaluación de la gestión de las dependencias, la Oficina de Control Interno insta a considerar las siguientes recomendaciones para la mejora de los resultados, adicional a aquellas que se han dado de manera directa a cada área o dependencia en la ficha técnica de análisis anexa a este informe:

- a. Mantener el seguimiento y medición de los indicadores del Plan de Acción Anual.
- b. Establecer los indicadores y/o metas en unidades de medida para que su desempeño sea medible, tal como se indica en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión (versión 4) de la Función Pública, que en el numeral 5.6. establece: "(...). Las características fundamentales de las metas son: Especifican un desempeño medible (se expresan en unidades de medidas, tales como porcentajes, kilómetros, días promedio, etc." Además, esta misma Guía define un indicador como: "Es una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado, ésta debe ser verificable objetivamente, la cual al ser comparada con algún nivel de referencia (denominada línea base) puede estar señalando una desviación sobre la cual se pueden implementar acciones correctivas o preventivas según el caso."



	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0009	

Por lo anterior, es necesario que se defina siempre el universo o la población sobre la cual será medido el nivel de cumplimiento o rendimiento del indicador, por ejemplo, si se define “capacitar al 80% de los supervisores”, es importante, definir o delimitar ese universo o población de supervisores, es decir, 100, 200 o 600 supervisores, para tener claridad sobre cuál es la cifra absoluta de supervisores en la que se validará el cumplimiento del indicador.

- c. Se recomienda a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y a las dependencias de la entidad, revisar las actividades del Plan de Acción Anual Institucional 2022 que no se ejecutaron en su totalidad y verificar si las mismas pueden reprogramarse o incluirse de nuevo en vigencia 2023, para efectos de evidenciar una mejor ejecución de la planeación y ejecutar aquellas actividades que se dejaron de realizar en el año inmediatamente anterior.
- d. Es importante que la ejecución o avance en el cumplimiento de los indicadores de gestión se reporte oportunamente en los aplicativos dispuestos (interna o externamente) para tal fin, dando cumplimiento a los plazos establecidos.
- e. Es necesario que las áreas realicen una revisión de la pertinencia y calidad de los indicadores formulados para cada proceso, con el fin de contar con indicadores que midan los aspectos esenciales de los procesos (cualitativa y cuantitativamente) y que sean de apoyo para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la gestión organizacional.

#### **DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

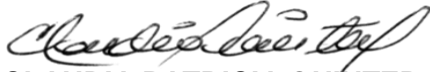
- *Este seguimiento fue realizado con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.*
- *La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.*
- *La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., más se incentiva*

	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	05/05/2022	
		Código:	17-00-FO-0009	

*la consideración de las “Recomendaciones” en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad.*

-----

Bogotá D.C., 30 de enero de 2023.



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

**Elaboró:** Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno

**Revisó:** Claudia Patricia Quintero Cometa, Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO INFORME OCI-SISSO-IL-2023-05

**EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2022**

FECHA: 30 de enero de 2023

DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

**PROCESO:** 01. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Proveer directrices y lineamientos de carácter estratégico y operativo para la formulación, desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de plataforma estratégica, políticas, planes, programas y proyectos bajo un enfoque de eficiencia y eficacia en la gestión de los procesos institucionales.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Sistematización de los reportes Dinámica Gerencial Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Para la vigencia 2022 las actividades del subproceso se enfocaron en la optimización del manejo de la información manual, que busca mejorar y transformar la calidad de la misma, en el sistema de información Dinámica Gerencial. Para ello, se ejecutaron e ingresaron 96 reportes, con enfoque a la producción clínica, clasificados de acuerdo con ciertos criterios y categorías, al sistema de información institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria, y estos, surgen de las necesidades identificadas principalmente con los procesos misionales. Lo anterior, permite a la entidad contar con información oportuna para la toma de decisiones institucionales y así lograr resultados factibles conforme, al fin a alcanzar y permite enfocar el proceso hacia los factores que les interesa destacar. La meta se superó en un 10%.
Efectividad a las respuestas de las necesidades de información Gerencia de la Información Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Se vienen desarrollando los procesos de evaluación y mejoramiento en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y para la vigencia 2022 se aplicaron 59 encuestas bajo los siguientes criterios: oportunidad, validación, veracidad, completitud, disponibilidad y satisfacción, y pese, a ser muy carente la muestra, esta, permitió ver las brechas reales y las deseadas, según las necesidades objetivas y específicas de los clientes internos, aún con las limitaciones del nivel de conciencia que tiene el usuario acerca de sus necesidades. Dicha evaluación, coadyuva en el mejoramiento de los procesos del equipo e identifica dónde es posible mejorar la eficiencia y efectividad, acorde, con los usuarios que requirieron información

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			durante el periodo objeto de evaluación, en el cual se logra una satisfacción de los mismos en un 94,1%. Se ha superado la meta establecida para la vigencia en un 10%.
Cumplimiento de la utilización de la información de RIPS Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se planteó la presentación de cuatro informes anuales de RIPS a la Junta Directiva. Para ello, se dio cumplimiento presentando un informe cuatrimestral, en los que se contemplaron los siguientes aspectos: caracterización de la población atendida en los diferentes servicios por grupo de edad y tipo de aseguramiento, frecuencia de uso y primeras causas de morbilidad por servicios utilizando la agrupación por capítulos del CIE-10. Aunado a ello, de un adecuado registro y cumplimiento, se generará valor a la entidad y mejoran las relaciones comerciales. El indicador se cumplió en un 100%
Cumplimiento del Plan de Acción de Gestión Documental (Historia Clínica) Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se coordinó de manera eficaz la gestión documental con respecto al registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de registros clínicos que se encuentran en las unidades de servicios de salud. Para el cierre de la vigencia 2022, se contaba con 32.253 cajas con historias clínicas, de las cuales se habían depurado 16.978, correspondiente al 53% de historias. De igual forma, se realizó la entrega de 35.242 historias clínicas solicitadas en las diferentes unidades de la Subred. Lo anterior, permite la depuración de archivo informado y el cumplimiento de la meta en un 100%.
Cumplimiento Índice de Desempeño Institucional - MIPG	91%	100%	Se observa un porcentaje de mayor avance para las dimensiones de Información y Comunicación en un 3,90% y Talento Humano en un 3,30%, seguido de Direccionamiento Estratégico con un 1,30%, Gestión con Valores para Resultados con 1,10%, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Control Interno con 0,80% y Evaluación de Resultados con 0,40%. Así las cosas, aumentaron su índice institucional en un 1,2% comparado con el año 2020, debido a la implementación del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica PIPE 2020-2024, con la incorporación de los lineamientos de la política de planeación y la participación ciudadana y/o grupos de interés, con la finalidad de ejecutar y hacer seguimiento al buen gobierno. Lo que denota, la gestión y el fortalecimiento institucional. El indicador presenta un cumplimiento del 100% respecto a la meta del 91%.
Cumplimiento promedio de los indicadores de evaluación de la	90%	100%	Se evidencia el cumplimiento a la evaluación de la política a través de los indicadores establecidos: Implementación de los



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Política de Riesgo Subred Sur Occidente E.S.E.			controles a los riesgos institucionales Subred Sur Occidente ESE (Autorregulación de la Gestión), Comprensión de la cultura de gestión del riesgo, adherencia a metodología de riesgos, efectividad del control, seguimiento y monitoreo de la segunda línea de defensa, a los riesgos de corrupción institucionales, dando un cumplimiento del 100% de la meta proyectada, y los resultados son fuente de información para la toma de decisiones, que permiten alcanzar las metas y objetivo institucionales.
Cumplimiento en la gestión para legalización de contratos con diferentes EAPB	80%	87,5%	Se evidencia que, desde el subproceso de mercadeo, durante los dos semestres de la vigencia 2022, se identificaron ocho EAPB para la prestación de servicios de la población afiliada, con el apoyo y realización de mesas de trabajo, bajo la supervisión de la Supersalud, alcanzando acuerdos con algunas EPS como: Coosalud, Cajacopi, Famisanar y Cruz Roja, cumpliendo con el protocolo exigido y logrando superar la meta en un 7,5%.
Cumplimiento de los planes de trabajo correspondientes a Convenios de Obra y Dotación para la Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Para la vigencia 2022 se adelantaban actividades de obra de los proyectos de construcción de los Centros de Atención Prioritaria en Salud - CAPS Villa Javier, la Mexicana y Tintal, así como, la construcción de la torre de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy; seguimiento que se realiza a través de los informes mensuales que suministra cada interventoría. Por lo tanto, a 31 de diciembre de 2022, se alcanzó un promedio de cumplimiento del 98% por cada meta mensual. Una vez revisadas las evidencias, se ratifica que la meta que se ejecutó superó en un 10% la proyección.
Cumplimiento de las acciones para el cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	90%	100%	Se prueba que la dependencia de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional es conocedora e identifica las oportunidades de mejora como aquellas actividades de compromiso y mejoramiento continuo de los procesos que las reconoce; listando ocho oportunidades de mejora emitidas por los procesos de Control Interno y Autoevaluación, las mismas, fueron ejecutadas y registradas en el aplicativo Almera, de manera oportuna y satisfactoria. Se superó la meta en un 10%; sin embargo, se deben tener en cuenta las observaciones de la OCI y cumplir los lineamientos al 100%, ya que la calificación final está siendo presentada de acuerdo con reporte de calidad y aún hay oportunidades abiertas.
Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	100%	100%	Se realizó el seguimiento trimestral a los siete riesgos identificados para el proceso de Direccionamiento Estratégico y

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			Desarrollo Institucional, aplicando autocontrol a las quince acciones programadas, evitando así, la materialización de los riesgos. Meta cumplida en un 100%.
Implementación del Plan de Mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	En la construcción del plan de mercadeo se proyectaron seis fases: planteamiento de objetivos, análisis de la situación actual, análisis de competencia, planteamiento de estrategias de mercadeo, estrategias de negocio, seguimiento y medición del plan, que busca incrementar la venta de servicios de salud, fidelización y retención de clientes, alcanzar nuevos pagadores, y desarrollar un servicio diferencial de acuerdo con los avances que viene presentando la Subred Sur Occidente y así fortalecer las relaciones contractuales. Con la ejecución y desarrollo de las fases, se dio el cumplimiento al plan, superando la meta en un 10%.
Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	La proyección de ventas para la vigencia 2022 se proyectó teniendo en cuenta una variación positiva del 5%, una meta trimestral de \$94.953.893.821 y una meta anual de \$379.815.575.283. Dada esta proyección se planteó un posible incremento en la prestación de servicios bajo el régimen contributivo, y a la fecha se han venido realizando negociaciones con nuevas EAPB. Además, se evidencia un cumplimiento al plan de ventas del 95%. Lo que, denota que la meta fue superada en cada trimestre.
Cumplimiento del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica (PIPE 2020 - 2024) Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Durante la vigencia del 2022, se desarrollaron veinte actividades correspondientes a las fases del proyecto: enfoque, implementación y resultados, caracterizaciones de los procesos de la entidad, despliegue, socialización y comprensión del Direccionamiento Estratégico, revisión y actualización de la política de Planeación (01-01-OD-0025)-v3 y por ende, el cumplimiento de las mismas en un 100% en cada trimestre. Obedeciendo así, a las necesidades de orden estratégico y prioritario.
Cumplimiento de la evaluación del Plan de Gestión de Gerencia evaluado de acuerdo con la matriz normativa (Res 408 de 2018) Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	El cumplimiento del Plan de Gestión de Gerencia surge de la medición de 20 indicadores asociados a las tres áreas de Gestión establecidas en la Resolución 408 de 2018, obteniendo un resultado del 4.8% para el primer semestre, lo que equivale una medición positiva, ya que está situada dentro de las calificaciones más altas, y lo que resta del segundo semestre, está pendiente el resultado de dos indicadores de la Supersalud que tienen fecha hasta el primero de abril de 2023.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de Planes de Trabajo desarrollados para la gestión y ejecución de los Proyectos de Inversión de la Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se evidencia que en la vigencia 2022, desde la etapa de planeación de los proyectos de inversión en infraestructura y dotación de la Subred Sur Occidente, se realizaron 169 actividades en cumplimiento a los criterios impartidos por Secretaría Distrital de Salud -SDS en el desarrollo de 14 proyectos, cumpliendo así, un 100% de lo programado.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	



**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional formuló un plan de acción para la vigencia 2022 acorde con la visión, misión, objetivos institucionales y los compromisos relacionados con el resultado de la ejecución, en concordancia, con los objetivos trazados de eficacia y efectividad; para lo cual, establecieron 15 indicadores con una meta entre el 90% y el 100% para cada uno. Así las cosas, se verificaron los documentos y/o informes de seguimiento, los reportes con el detalle de las actividades desarrolladas que soportan el cumplimiento registrado en el plan de acción. En consecuencia, la calificación de la gestión de la dependencia corresponde a una ejecución del cien por ciento (100%).

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la gestión de la dependencia, y los resultados de auditorías internas y externas se tienen las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere para una próxima formulación de encuestas, revisar la fórmula del indicador de tal manera que se delimite claramente su alcance y que este permita efectuar la medición adecuada de la gestión, desde los criterios de evaluación y que se pueda proyectar una muestra más amplia.
- No hacer uso de plantillas, para evitar la duplicidad de la información o en su defecto corroborar con lecturas, que no se presenten errores de digitación o información de periodos anteriores.
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento y monitoreo interno de cada actividad y/o indicador, para que se cumpla en las fechas estipuladas.
- Continuar aplicando las acciones que han facilitado y garantizado el logro de las metas previstas, así como el registro de evidencias del plan de acción de acuerdo con cada indicador.
- Se reconoce el esfuerzo de la Dirección en establecer metas e indicadores que se puedan cumplir y que se traducen en acciones y actividades que están impactando directamente en la población interna y externa de la entidad.
- Así mismo, teniendo en cuenta que la mayoría de los indicadores de la dependencia están formulados en términos de eficiencia, oportunidad, satisfacción, implementación -avances, gestión y resultados, sería conveniente concretar indicadores que midan el impacto de la gestión, por tratarse de una dependencia Estratégica de la entidad.
- Para las oportunidades de mejora, tener presente las observaciones de las áreas y no solo el calificativo final de calidad, ya que se encuentran observaciones sin cumplimiento al 100%.

 <b>LINA TATIANA CARDOZO PERDOMO</b> Auditor - Profesional OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
---	--

**DEPENDENCIA: OFICINA DE CALIDAD**

<b>PROCESO:</b> 02. Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo
<b>OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Asesorar, coordinar, planificar, ejecutar, realizar seguimiento y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión y sus diferentes componentes, a través del acompañamiento y operativización de estrategias que fortalezcan el mejoramiento continuo de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E que contribuyan a la satisfacción de las partes interesadas.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Monitoreo de segundo orden de los planes de mejora registrados en ALMERA Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>De acuerdo con las evidencias aportadas la Oficina de Calidad realizó seguimiento de segundo orden al 100% de los planes de mejoramiento registrados en ALMERA.</p> <p>Teniendo en cuenta la meta, se dio un cumplimiento del 100%.</p> <p>Se observaron seguimientos y evidencias en aplicativo ALMERA.</p> <p>Se encuentran matriculados 95 planes de mejora con 284 oportunidades, de las cuales se realizan seguimiento de segundo orden por parte de la oficina de calidad, quien aporta evidencia de correos enviados mensualmente a los procesos del seguimiento realizado a los planes de mejora con copia a las personas de calidad que acompañan las mesas de trabajo.</p> <p>Con corte a 31 de diciembre de 2022 se tienen 284 oportunidades de mejora, 1.304 acciones con un cumplimiento del 82.74%. Es de aclarar que, hay oportunidades de mejora establecidas con entes de control, como Contraloría y de otros emisores, que su fecha de finalización termina en la vigencia 2023.</p>
Unidades acreditadas que mantienen el certificado de acreditación Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Se observa certificado de acreditación en salud de la evaluación realizada por ICONTEC en el mes de mayo de 2022, donde se evidencia la acreditación de las siguientes veinte (20) Unidades de Servicios de Salud: Patio Bonito Tintal, Fontibón, San Pablo, Internacional, Puerta de Teja, Centro Día, Zona Franca, Terminal Aéreo, Boston, Pablo VI Bosa, San Bernardino, Cabañas, El</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			Porvenir, José María Carbonell, La Estación, Laureles, Olarte, Palestina, Piamonte y Nuevas Delicias.
Referencias gestionadas Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	De acuerdo con las evidencias reportadas se recibieron 25 solicitudes de referenciación durante el periodo 2022, las cuales se atendieron en su totalidad (100%), por lo tanto, se excedió la meta establecida del 90%. Se observaron seguimientos y evidencias publicadas en ALMERA. El área informa que se hicieron desde los procesos y procedimientos, de acuerdo con las necesidades identificadas y las solicitudes de referenciación; que fueron tramitadas en su totalidad, algunas ya con respuestas de asignación de fecha para la actividad, otras realizadas y otras en espera de respuesta por parte de las instituciones que la Subred ha elegido referenciarse.
Cumplimiento plan de trabajo de autoevaluación SUH (Sistema Único de Habilitación)	95%	100%	De acuerdo con las evidencias aportadas para el periodo del 2022 se observa que el plan de trabajo del proceso del Sistema Único de Habilitación cuenta con 50 actividades programadas, de las cuales, se ejecutaron 49 que corresponden a la auto evaluación de las USS Fontibón y se continua con servicio de hospitalización de Occidente de Kennedy, y en las USS: Visión Colombia, Trinidad Galán, Carvajal, Bosa, Bosa Centro, Pablo VI, Occidente de Kennedy (servicios de Esterilización, salas de cirugía, hemodiálisis, diálisis peritoneal, farmacias, laboratorio clínico, Pretrasfusional), San Bernardino, Porvenir, Cabañas, Piamonte, Delicias, José María Carbonell, Olarte y el seguimiento a los planes de trabajo de habilitación. Para dar cumplimiento al 97.7% de las actividades programadas, quedando pendiente realizar autoevaluación de la USS Estación. Se cumplió con el indicador al 100%, se observa seguimiento y evidencias en el aplicativo ALMERA
Adherencia en el uso del aplicativo ALMERA Subred Sur Occidente E.S.E.	80%	100%	Se evidenció la participación de los colaboradores en la Escuela de Líderes en el transcurso del periodo 2022. De acuerdo con las evidencias aportadas se observa realización de la inducción general virtual del año 2022 a 2.196 colaboradores, la cual arroja la siguiente puntuación:

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																						
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																				
			<p style="text-align: center;"><b>INDUCCIÓN GENERAL VIRTUAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MES</th> <th>COBERTURA</th> <th>APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO</th> <th>SATISFACCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>80,00%</td><td>89.13%</td><td>87.80%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>91.86%</td><td>97.87%</td><td>95.65%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>96.37%</td><td>96.87%</td><td>99.68%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>100%</td><td>99.09%</td><td>99.54%</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td>98.30%</td><td>98.84%</td><td>97.16%</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td>98.37%</td><td>98.34%</td><td>98.36%</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td>95.24%</td><td>98.50%</td><td>93.33%</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td>96.03%</td><td>96.57%</td><td>94.44%</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>98.73%</td><td>91.61%</td><td>97.45%</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td>95.50%</td><td>98.58%</td><td>89.62%</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td>95.95%</td><td>93.24%</td><td>95.77%</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td>100%</td><td>98.67%</td><td>93.33%</td></tr> </tbody> </table> <p>Como conclusión general la meta se encuentra propuesta al 80% de adherencia al uso del aplicativo ALMERA cumpliendo el 100% del indicador.</p>	MES	COBERTURA	APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO	SATISFACCIÓN	ENERO	80,00%	89.13%	87.80%	FEBRERO	91.86%	97.87%	95.65%	MARZO	96.37%	96.87%	99.68%	ABRIL	100%	99.09%	99.54%	MAYO	98.30%	98.84%	97.16%	JUNIO	98.37%	98.34%	98.36%	JULIO	95.24%	98.50%	93.33%	AGOSTO	96.03%	96.57%	94.44%	SEPTIEMBRE	98.73%	91.61%	97.45%	OCTUBRE	95.50%	98.58%	89.62%	NOVIEMBRE	95.95%	93.24%	95.77%	DICIEMBRE	100%	98.67%	93.33%
MES	COBERTURA	APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO	SATISFACCIÓN																																																				
ENERO	80,00%	89.13%	87.80%																																																				
FEBRERO	91.86%	97.87%	95.65%																																																				
MARZO	96.37%	96.87%	99.68%																																																				
ABRIL	100%	99.09%	99.54%																																																				
MAYO	98.30%	98.84%	97.16%																																																				
JUNIO	98.37%	98.34%	98.36%																																																				
JULIO	95.24%	98.50%	93.33%																																																				
AGOSTO	96.03%	96.57%	94.44%																																																				
SEPTIEMBRE	98.73%	91.61%	97.45%																																																				
OCTUBRE	95.50%	98.58%	89.62%																																																				
NOVIEMBRE	95.95%	93.24%	95.77%																																																				
DICIEMBRE	100%	98.67%	93.33%																																																				
Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en la Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	<p>Se observa matriz de seguimiento realizado durante el periodo 2022. De 7 oportunidades de mejora matriculadas en el aplicativo ALMERA como resultado de los informes de las auditorias del PAMEC se derivaron 33 acciones de mejora, las cuales, se realizaron en su totalidad, reflejando un resultado 100% óptimo.</p> <p>Según lo informado, desde PAMEC se mantiene la solicitud a los responsables de la realización de los planes de mejora y la ejecución de acciones.</p> <p>Se observó envíos de correos a las diferentes Direcciones generando alertas a los directivos pertinentes, de acuerdo con conducto regular, para que se avance en la debida realización de estas acciones y así poder aportar al mejoramiento y dar cumplimiento al indicador.</p>																																																				
Cumplimiento de Cronograma PAMEC Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	<p>Se tenían programadas 307 auditorías, de las cuales, se cumplieron 304, es decir, el 99%. Teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, este indicador se cumplió en un 100%. Se observaron seguimientos y soportes en el aplicativo ALMERA.</p>																																																				
Cobertura de capacitación en la Política de Seguridad del Paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Sur Occidente E.S.E.	94%	100%	<p>Se capacitó a 11.306 colaboradores de 4.917 programados, es decir, la meta fue cumplida al 100%. La última medición muestra un cumplimiento del 286.1%, Revisar y, si es necesario, modificar la información de fichas técnicas de la meta del indicador. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.</p>																																																				
Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte	83%	97.59%	<p>De acuerdo con las evidencias aportadas la Subred tiene establecida la medición de la cultura de seguridad, la cual se realiza de forma anual desde el año 2017, a través de la encuesta</p>																																																				

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
de los colaboradores en la Subred Sur Occidente E.S.E.			virtual clima de seguridad HRQ, producto de referenciación interna con la unidad de Pablo VI, la cual evalúa siete (7) componentes: Componente directivo, equipo de trabajo, cultura flexible, cultura de información, cultura justa, cultura del reporte y percepción de cultura de seguridad en el área de trabajo.  La metodología de aplicación de la encuesta se realiza mediante el cálculo de tamaño de muestra con un nivel de confianza del 95% y coeficiente de variación del 5%, para la medición del año 2022 esta fue realizada por un total de 4.090 colaboradores de la Subred, tanto administrativo como asistencial de los diferentes procesos de la Subred, para el 2022, el resultado fue del 81% de percepción positiva de seguridad del paciente, siendo la meta 83%, se evidenció un cumplimiento del 97.59% del indicador. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento de la Buena Práctica para la prevención de IAAS Subred Sur Occidente E.S.E.	85%	99,70%	Para el cumplimiento del indicador de la buena práctica para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, la medición de este indicador se hace mediante la aplicación de listas de chequeo contrastando los procesos de usuario protegido, protocolo de limpieza y desinfección en enfermería, operarias de servicios generales y farmacia.  En el año 2022 el resultado acumulado de la adherencia a la buena práctica para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud - IAAS fue del 84,77%, teniendo en cuenta que la meta era del 85%, se observó un cumplimiento del 99,7%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Percepción favorable de cultura de Humanización por Cliente Interno de la Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Esta medición tiene por objetivo conocer la percepción del cliente interno frente a las acciones que desarrolla la institución y que promueven la protección, acompañamiento, satisfacción, bienestar y crecimiento personal y laboral de los colaboradores.  Se aplicaron 1.184 encuestas con un cumplimiento del 91.05%, teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, se evidenció un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y avances en el aplicativo ALMERA.
Apropiación de la Política de Humanización por Cliente Interno de la Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	La medición de este indicador contó con una muestra de 672 colaboradores entrevistados, 624 respondieron adecuadamente arrojando una favorabilidad a nivel de la Subred del 92.9% año 2022. Teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, se evidenció un cumplimiento del 100%.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Apropiación de la Política de Humanización por Cliente Externo de la Subred Sur Occidente	90%	100%	La medición de este indicador se realiza con entrevistas a usuarios que se desarrollan durante los acompañamientos en los diferentes servicios, a través de la aplicación de una lista de chequeo que consta de un componente con 6 criterios. De acuerdo con los resultados anteriores, para el año 2022 se contó con un total de 476 usuarios entrevistados, obteniendo una favorabilidad general del componente del 94.79%, cumpliendo con la meta establecida en los 10 criterios evaluados, lo que significa que los procesos de atención se dieron bajo condiciones de buen trato, respeto por su dignidad humana, información clara, condiciones de aseo favorables y condiciones de silencio durante su estancia en las instalaciones de la institución.
Mantener en un porcentaje no mayor al 3% las manifestaciones negativas por trato deshumanizado del periodo en la Subred Sur Occidente ESE	3%	100%	Este indicador mide el comportamiento de las manifestaciones negativas por trato deshumanizado en el 2022 comparado con el 2021. De acuerdo con las evidencias, se observó que durante el año 2022 se recibieron 701 quejas por trato deshumanizado, que equivale al 0.7 del total de pacientes atendidos. Teniendo en cuenta la meta establecida en 3%, se evidenció un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	100%	100%	De acuerdo con los seguimientos evidenciados se observa que durante la vigencia 2022 se realizó seguimiento trimestral a 18 riesgos definidos y se llevó a cabo el reporte de las actividades realizadas en los 41 controles definidos. Teniendo en cuenta la meta establecida se evidenció un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente	90%	100%	Se tenían planeadas 104 actividades, de las cuales, se cumplieron 101 para un cumplimiento acumulado del 97.1%, teniendo en cuenta que la meta era del 90%, se observó un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Reincidencia de eventos adversos por la misma causa Subred Sur Occidente ESE	76%	100%	Para el año 2022 (de enero a noviembre) se identificaron 175 eventos adversos prevenibles, de los cuales, 63 se presentaron por acciones inseguras reincidentes y corresponden a eventos asociados a las tres primeras causas de la Subred (infecciones asociadas a la atención en salud, flebitis química y úlceras por presión). Teniendo en cuenta que la meta era del 76%, alcanzando el 36,7%, se observó un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.



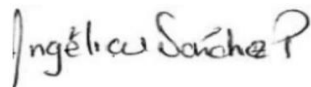
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Percepción de cultura de humanización a cliente externo Subred Sur occidental E.S.E.	90%	100%	<p>La medición de la cultura de humanización dirigida a cliente externo se realiza a través de entrevistas directas al usuario en los diferentes servicios y sedes de la Subred Sur Occidente con el formato 02-04-FO-0003 Medición cultura de humanización por entrevista a cliente externo V5.</p> <p>Este instrumento de medición consolida los ejes estructurales que hacen parte de la cultura del servicio humanizado, en la vigencia del año 2022 tuvo una actualización en la escala de valoración, así como redacción en algunos de sus criterios quedando entonces una evaluación con un total de 8 componentes y 20 criterios.</p> <p>La medición de la cultura de humanización tiene por objetivo conocer la favorabilidad de la percepción de los usuarios frente a las acciones del programa de humanización. En total se aplicó una muestra de 1.637 encuestas en las diferentes unidades de la Subred Sur Occidente. La favorabilidad general de la percepción de la humanización para el cliente externo año 2022 fue del 95.08% a nivel de la Subred Sur Occidente, dando cumplimiento de la meta propuesta. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.</p>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99.86%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia presenta un cumplimiento del 99.86%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

- Mantener el seguimiento y medición de los indicadores del plan de acción.
- Revisar y, si es necesario, modificar la información de fichas técnicas de la meta del indicador "Cobertura de Capacitación en la Política de Seguridad del paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Sur Occidente ESE."



**ANGÉLICA DEL PILAR SÁNCHEZ PACHECO**  
Auditor - Profesional OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

**PROCESO:** 03. Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar las necesidades y expectativas en salud de los usuarios mediante el fortalecimiento de espacios de participación comunitaria y servicio al ciudadano, permitiendo gestionar e impactar positivamente en la satisfacción de los usuarios, familia y comunidad.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Porcentaje de cumplimiento de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos que involucren al proceso Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Una vez verificada la matriz "Indicador PQRS", se observó que la Entidad, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015, dio respuesta oportuna a 6.766 PQRS recibidas en el período comprendido entre el 1 de enero y el 15 de diciembre de 2022. (6.766 / 6.766 = 100%).
Percepción de satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Verificada la matriz "Satisfacción global Subred 2022" se observó que el 98,6% de los usuarios (32.164 de 32.600 encuestados) consideran que la calidad del servicio de salud prestado por parte de la Subred Sur Occidente es "bueno" o "muy bueno". así: Respecto a la meta propuesta, el cumplimiento del indicador corresponde al 100%.
Incremento del porcentaje de formas de Participación Ciudadana y Control Social, Activas (Semestral) Subred Sur Occidente E.S.E.	7%	100%	Para la vigencia 2022, se dio continuidad al despliegue de las estrategias definidas por la comunidad y descritas en el instructivo "charlas en salas de espera", en donde tanto los integrantes de las Formas de Participación Social en Salud como los Auxiliares de Servicio al Ciudadano socializaron los mecanismos de participación social y como acceder a ellos. Se propuso como meta para la vigencia la vinculación de 25 nuevos integrantes a las formas de participación; y se alcanzó el registro de 55 nuevos integrantes. Por lo anterior, se evidencia cumplimiento del 100% para este indicador.
Porcentaje de apropiación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los colaboradores Subred.	90%	100%	Durante la vigencia 2022, mediante las estrategias "Concéntrate con el derecho y el deber, la píldora del derecho y el deber, la ruleta del saber, a saltar y saltar que el derecho y el deber debes mencionar, un derecho y un deber te queremos recordar y tú al usuario lo debes replicar", entre otras, se realizó medición del concomitamiento de derechos y deberes por parte de los colaboradores de la Subred. De acuerdo con las mediciones realizadas a la apropiación de derechos y deberes por parte de los usuarios, se obtuvieron los

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																									
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																							
			siguientes resultados: primer semestre 2022: 89,5% y segundo semestre 2022: 90%, obteniendo así el 100% de cumplimiento frente a la meta establecida para la vigencia.																							
Porcentaje de recordación de deberes de los usuarios de la Subred	80%	100%	De acuerdo con las mediciones del área, se evidenció un cumplimiento del 89% en la “ <b>Recordación de deberes</b> ” (25.520 / 28.764 = 89%). Sobre la meta establecida corresponde al 100% de cumplimiento.																							
Porcentaje de recordación de derechos de los usuarios de la Subred	80%	100%	De acuerdo con las mediciones del área, se evidenció un cumplimiento del 89% en la “ <b>Recordación de derechos</b> ” (25.520 / 28.764 = 89%). Sobre la meta establecida, se logró un cumplimiento del 100%.																							
Porcentaje de ejecución del plan de acción del subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnica a las formas de Participación Social Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se definieron 5 ejes estratégicos los cuales cuentan con 40 actividades; una vez verificado el cumplimiento de las mismas, se evidenció ejecución del 100% de las tareas propuestas, así: <table border="1" data-bbox="760 932 1446 1323"> <thead> <tr> <th rowspan="2">EJE ESTRATÉGICO</th> <th colspan="2">Acciones</th> </tr> <tr> <th>Programadas</th> <th>Ejecutadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fortalecimiento Institucional.</td> <td>9</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3. Impulso a la cultura de la salud.</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>4. Control Social en Salud.</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>40</b></td> <td><b>40</b></td> </tr> </tbody> </table>	EJE ESTRATÉGICO	Acciones		Programadas	Ejecutadas	1. Fortalecimiento Institucional.	9	9	2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	4	4	3. Impulso a la cultura de la salud.	8	8	4. Control Social en Salud.	13	13	5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	6	6	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
EJE ESTRATÉGICO	Acciones																									
	Programadas	Ejecutadas																								
1. Fortalecimiento Institucional.	9	9																								
2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	4	4																								
3. Impulso a la cultura de la salud.	8	8																								
4. Control Social en Salud.	13	13																								
5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	6	6																								
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>40</b>																								
Cumplimiento de los estándares para la implementación de la Política Pública de Servicio a la Ciudadanía Subred Sur Occidente ESE.	90%	100%	La Subred definió 208 acciones a fin de dar cumplimiento a la implementación de la política pública de servicio a la ciudadanía. Se evidenciaron los acompañamientos realizados a los usuarios por medio de programas como: “Corazón solidario” dirigido a la población en situación de abandono social con el fin de generar espacios de esparcimiento con este grupo poblacional. Se da continuidad a los programas para disminuir las barreras de acceso a la Entidad, mediante el aplicativo “Cuéntanos Bogotá”, se realizó medición de encuesta posventa y/o tele auditoria con el fin de conocer la percepción de los usuarios frente a la atención recibida. Se retomaron los talleres pedagógicos para los casos donde se presenta incumplimiento a las citas médicas por parte de los usuarios.																							

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																									
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																							
Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se definieron 5 ejes estratégicos los cuales cuentan con 40 actividades; una vez verificado el cumplimiento de las mismas, se evidenció ejecución del 100% de las tareas propuestas, así:																							
			<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">EJE ESTRATÉGICO</th> <th colspan="2">Acciones</th> </tr> <tr> <th>Programadas</th> <th>Ejecutadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fortalecimiento Institucional.</td> <td>9</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3. Impulso a la cultura de la salud.</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>4. Control Social en Salud.</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>40</b></td> <td><b>40</b></td> </tr> </tbody> </table>	EJE ESTRATÉGICO	Acciones		Programadas	Ejecutadas	1. Fortalecimiento Institucional.	9	9	2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	4	4	3. Impulso a la cultura de la salud.	8	8	4. Control Social en Salud.	13	13	5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	6	6	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
			EJE ESTRATÉGICO		Acciones																					
				Programadas	Ejecutadas																					
			1. Fortalecimiento Institucional.	9	9																					
			2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	4	4																					
3. Impulso a la cultura de la salud.	8	8																								
4. Control Social en Salud.	13	13																								
5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	6	6																								
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>40</b>																								
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>																										
		<b>100%</b>																								

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades descritas en el Plan de Acción 2022.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Teniendo en cuenta que, para los indicadores “Porcentaje de ejecución del plan de acción del subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnica a las formas de participación Social Subred Sur Occidente ESE” y “Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la política pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente ESE”, se aporta como soporte de cumplimiento la matriz “Informe trimestral oficinas de participación social - USS y EAPB 2022 (documento controlado no codificado)”, la Oficina de Control Interno recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que presuntamente evalúan lo mismo y para los cuales se presenta como evidencia de su cumplimiento el mismo soporte.

  
**LUIS CARLOS CONDE SÁNCHEZ**  
Auditor - Profesional Universitario OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

**PROCESO:** 04. Gestión del Talento Humano

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar y gestionar las necesidades del talento humano (colaboradores, docentes y estudiantes) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en las fases de planeación, administración y desvinculación a partir del ciclo de permanencia del colaborador (ingreso - permanencia - retiro) mediante el desarrollo de lineamientos, planes y programas que mejoren las competencias, el clima organizacional y las condiciones de trabajo dignas y decentes, y la seguridad y salud en el trabajo, en el marco de una filosofía de humanización y mejoramiento continuo.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																						
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																				
Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación (PIC) Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	<p>Durante la vigencia 2022 se definieron 84 actividades descritas en el Plan Institucional de Capacitación (PIC); una vez verificado el cumplimiento de estas se evidenció correcta ejecución de las actividades planeadas. A continuación, se describe el cumplimiento por cada trimestre de la vigencia 2022:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TRIMESTRE</th> <th colspan="2">CANTIDAD ACTIVIDADES</th> </tr> <tr> <th>Programado</th> <th>Ejecutado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I Trimestre</td> <td>19</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>II Trimestre</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>III Trimestre</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>IV Trimestre</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>84</b></td> <td><b>84</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>De acuerdo con lo anterior, se observó cumplimiento del 100% del indicador.</p>	TRIMESTRE	CANTIDAD ACTIVIDADES		Programado	Ejecutado	I Trimestre	19	19	II Trimestre	25	25	III Trimestre	20	20	IV Trimestre	20	20	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>84</b>
TRIMESTRE	CANTIDAD ACTIVIDADES																						
	Programado	Ejecutado																					
I Trimestre	19	19																					
II Trimestre	25	25																					
III Trimestre	20	20																					
IV Trimestre	20	20																					
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>84</b>																					
Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Durante la vigencia 2022 se definieron 29 actividades descritas en el "Plan de trabajo bienestar e incentivos y clima organizacional 2022"; una vez verificado el cumplimiento de dichas tareas, se evidenció la ejecución del 100% de las mismas. Dentro de los soportes de ejecución de las actividades se aporta por parte de la dependencia "Informe final de actividades 2022" con 39 folios.</p>																				
Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	90%	100%	<p>Para el cumplimiento de la ejecución del plan de actividades del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Sur Occidente se definieron 169 actividades, de las cuales, se ejecutaron 160 en cada trimestre, así:</p>																				

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																						
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TRIMESTRE</th> <th colspan="2">CANTIDAD ACTIVIDADES</th> </tr> <tr> <th>Programado</th> <th>Ejecutado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I Trimestre</td> <td>113</td> <td>108</td> </tr> <tr> <td>II Trimestre</td> <td>26</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>III Trimestre</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>IV Trimestre</td> <td>24</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>169</b></td> <td><b>160</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se da cumplimiento del 95% de las actividades programadas para la vigencia 2022 frente al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Sur Occidente.</p> <p>Teniendo en cuenta que la meta propuesta para el indicador fue del 90%, se alcanzó el 100% de cumplimiento frente a la meta.</p>	TRIMESTRE	CANTIDAD ACTIVIDADES		Programado	Ejecutado	I Trimestre	113	108	II Trimestre	26	24	III Trimestre	6	6	IV Trimestre	24	22	<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>160</b>
TRIMESTRE	CANTIDAD ACTIVIDADES																						
	Programado	Ejecutado																					
I Trimestre	113	108																					
II Trimestre	26	24																					
III Trimestre	6	6																					
IV Trimestre	24	22																					
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>160</b>																					
Porcentaje de ejecución del plan de acción de clima organizacional Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Para el cumplimiento de la ejecución del plan de acción de clima organizacional de la Entidad, se formularon las siguientes actividades: 1. Intercambio de secretos: "Resolución de conflictos", 2. Fortalecimiento al comité de convivencia laboral y divulgación, 3. Fortalecimiento de competencias blandas en los equipos, 4 Espacios de escucha, 5. Escuela de líderes, 6. Definición de incentivos emocionales y socialización. 7. Mantener la estrategia "Tu cuidas, nosotros te cuidamos", 8. Dignificación del Talento Humano, condiciones de vinculación, estabilidad laboral (Encuesta de satisfacción), 9. Segunda medición Distrital de clima organizacional.</p> <p>De acuerdo con los soportes presentados, se observó ejecución del 100% de las actividades programadas.</p>																				
Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo a la priorización de la medición obtenida Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	<p>Para el cumplimiento de la ejecución del plan de acción para mejorar la cultura organización en la Entidad, se formularon 9 actividades.</p> <p>Durante el primer semestre de 2022 se adelantó gestión de 6 actividades, y durante el segundo semestre de 2022 se alcanzó el total cumplimiento de las 9 actividades propuestas.</p>																				
Cumplimiento del Plan de Acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	<p>Para el cumplimiento de la ejecución del plan de acción para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral en la Entidad, se formularon y ejecutaron 6 actividades; los soportes se encuentran debidamente publicados en el aplicativo Almera.</p>																				

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																
Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente E.S.E.	70%	100%	<p>La administración formuló la meta de proveer en la vigencia 2022 los siguientes empleos vacantes: a) Doce (12) empleos de instrumentación quirúrgica, para lo cual se efectuarán los ajustes en la planta de personal. b) Nueve (9) vacantes no provistas que quedaron pendientes de proveer con ocasión de los retiros generados en la vigencia 2021. c) Treinta y seis (36) empleos de acuerdo con los perfiles que defina la administración, de conformidad con las necesidades del servicio, d) Veintiséis (26) vacantes de 2022, e) 5 Trabajadores oficiales.</p> <p>De los 88 empleos vacantes por proveer para la vigencia 2022, se alcanzó la vinculación laboral de 76 colaboradores.</p> <p>Los doce (12) empleos de instrumentadora quirúrgica (perfil profesional) no han sido proferidos debido a que en el Manual de Funciones y competencias laborales de la Subred Sur Occidente dicho perfil se encuentra en el nivel técnico-tecnólogo, y teniendo en cuenta que el mismo es requerido del nivel profesional se adelantó el proceso de actualización de dicho manual.</p> <p>Se alcanzó cumplimiento del 100% de la actividad, frente a la meta propuesta.</p>																																
Oportunidad del proceso selección Subred Sur Occidente E.S.E.	26D	100%	<p>El proceso de selección de la Entidad gestionó 3.066 requerimientos durante la vigencia 2022; cuya sumatoria de los días transcurridos entre la fecha inicial del requerimiento y la resolución del requerimiento, y posterior envío de la documentación a la Dirección de Contratación fue de 3.530 días. Para ninguno de los meses se superó la meta propuesta de 26 días.</p> <p>Por lo anterior se observa cumplimiento del 100% frente a la meta propuesta.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Sumatoria del tiempo entre la solicitud y la entrega a contratación</th> <th>Total requerimientos gestionados</th> <th>Oportunidad proceso selección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero</td> <td>4.220</td> <td>270</td> <td>15,6</td> </tr> <tr> <td>Febrero</td> <td>5.797</td> <td>297</td> <td>19,5</td> </tr> <tr> <td>Marzo</td> <td>6.560</td> <td>268</td> <td>24,5</td> </tr> <tr> <td>Abril</td> <td>5.309</td> <td>231</td> <td>23,0</td> </tr> <tr> <td>Mayo</td> <td>5.566</td> <td>220</td> <td>25,3</td> </tr> <tr> <td>Junio</td> <td>5.857</td> <td>232</td> <td>25,2</td> </tr> <tr> <td>Julio</td> <td>3.153</td> <td>188</td> <td>16,8</td> </tr> </tbody> </table>	Mes	Sumatoria del tiempo entre la solicitud y la entrega a contratación	Total requerimientos gestionados	Oportunidad proceso selección	Enero	4.220	270	15,6	Febrero	5.797	297	19,5	Marzo	6.560	268	24,5	Abril	5.309	231	23,0	Mayo	5.566	220	25,3	Junio	5.857	232	25,2	Julio	3.153	188	16,8
Mes	Sumatoria del tiempo entre la solicitud y la entrega a contratación	Total requerimientos gestionados	Oportunidad proceso selección																																
Enero	4.220	270	15,6																																
Febrero	5.797	297	19,5																																
Marzo	6.560	268	24,5																																
Abril	5.309	231	23,0																																
Mayo	5.566	220	25,3																																
Junio	5.857	232	25,2																																
Julio	3.153	188	16,8																																

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																									
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																							
			Agosto	3.458	195	17,7																				
			Septiembre	3.121	349	8,9																				
			Octubre	4.686	298	15,7																				
			Noviembre	7.597	361	21,0																				
			Diciembre	3.530	157	22,5																				
Rotación de personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores durante la vigencia. Subred Sur Occidente E.S.E.	< 7%	100%	<p>Conforme con las mediciones realizadas por la Entidad, se presentó el siguiente cumplimiento frente a la meta propuesta de mantener la rotación del personal por debajo del 7%:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIMESTRE</th> <th>Ingresos</th> <th>Retiros</th> <th>ROTACIÓN %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I Trimestre</td> <td>515</td> <td>180</td> <td>5,5</td> </tr> <tr> <td>II Trimestre</td> <td>579</td> <td>361</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>III Trimestre</td> <td>355</td> <td>287</td> <td>1,1</td> </tr> <tr> <td>IV Trimestre</td> <td>191</td> <td>181</td> <td>1,3</td> </tr> </tbody> </table>				TRIMESTRE	Ingresos	Retiros	ROTACIÓN %	I Trimestre	515	180	5,5	II Trimestre	579	361	1,3	III Trimestre	355	287	1,1	IV Trimestre	191	181	1,3
TRIMESTRE	Ingresos	Retiros	ROTACIÓN %																							
I Trimestre	515	180	5,5																							
II Trimestre	579	361	1,3																							
III Trimestre	355	287	1,1																							
IV Trimestre	191	181	1,3																							
Cumplimiento capacitación en lineamientos de SARLAFT Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	<p>Durante la vigencia 2022 se programó capacitación a 2.196 colaboradores de la Entidad en lineamientos de SARLAFT, de los cuales, participaron 2.136 alcanzando el 97% de asistencia por parte de los colaboradores inscritos.</p> <p>Teniendo en cuenta que la meta propuesta para el presente indicador se estableció en 95% de participación, se alcanzó cumplimiento del 100%.</p> <p>No obstante lo anterior, la OCI considera oportuno reformular el indicador en procura de que su medición no se enfoque a evaluar la asistencia a la capacitación por parte de los colaboradores, sino a medir el grado de apropiación del conocimiento por parte de los mismos.</p> <p>De otra parte, se observó que 166 colaboradores capacitados, correspondientes al 8% de los asistentes no efectuaron el test de apropiación de conocimiento.</p>																							
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>																								

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades descritas en el Plan de Acción 2022.



**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

La Oficina de Control Interno considera oportuno reformular el indicador PAA 04 07 "Cumplimiento capacitación en lineamientos de SARLAFT Subred Sur Occidente", en procura de que su medición no se enfoque únicamente al cumplimiento de asistencia a la capacitación por parte de los colaboradores, sino a la evaluación de la apropiación del conocimiento por parte de estos.

  
**LUIS CARLOS CONDE SÁNCHEZ**  
Auditor - Profesional Universitario OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

**DEPENDENCIA: OFICINA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

**PROCESO:** 05. Gestión del Conocimiento

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Contribuir a la formación del personal del sector salud y a la generación de conocimiento con la finalidad de satisfacer las necesidades de la comunidad, ofreciendo campos de buenas prácticas clínicas y administrativas y programas docentes para el desarrollo de las competencias requeridas, a través de los Convenios Docencia-Servicio y desarrollo de proyectos de Investigación.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Proyectos de Investigación Académicos Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Con base a soporte archivo denominado "Actas comité de factibilidad" se evidencia cumplimiento del indicador Proyectos de Investigación académicos Subred Sur Occidente con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-05-02</i>
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Fontibón como Unidad Acreditada en Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Con base a soportes subidos al aplicativo Almera y registro de la gestión realizada en cada una de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Fontibón como Unidad Acreditada en Salud Subred Suroccidente E.S.E, se evidencia cumplimiento de las acciones del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 05 26</i>
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la	100%	100%	Con base a soportes subidos al aplicativo Almera y registro de la gestión realizada en cada una de las actividades descritas en

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
iniciativa para las Unidades de Occidente de Kennedy Subred Sur Occidente E.S.E.			<p>cada fase de la iniciativa para la Unidad Occidente de Kennedy como Unidad Acreditada en Salud Subred Suroccidente E.S.E, se evidencia cumplimiento de las acciones para el indicador con relación a la meta establecida en la vigencia 2022.</p> <p><i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 05 27</i></p>
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para certificar el centro de investigaciones en BPC (Buenas Prácticas Clínicas) Subred Sur Occidente E.S.E.	94%	100%	<p>Con base a soportes subidos al aplicativo Almera y registro de la gestión realizada en cada una de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para certificar el Centro de Investigaciones en BPC Subred Suroccidente E.S.E, se evidencia cumplimiento de acciones para el indicador con relación a la meta establecida en la vigencia 2022.</p> <p><i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 05 28 Buena Práctica Clínica.</i></p>
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las Unidades de Patio Bonito Tintal Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Con base a soportes subidos al aplicativo Almera y registro de la gestión realizada en cada una de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las unidades de Patio Bonito Tintal Subred Suroccidente E.S.E, se evidencia cumplimiento de acciones para el indicador con relación a la meta establecida en la vigencia 2022.</p> <p><i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 05 27.1</i></p>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	



**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Para la vigencia 2022 la dependencia Oficina de Gestión del Conocimiento dio cumplimiento al Plan de Acción constituido. El cumplimiento para el proceso fue del 100%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia, y los resultados de auditorías internas y externas se tienen las siguientes recomendaciones:

- Tener en cuenta la alineación entre la meta y la medición en los indicadores planteados.
- Continuar con el cumplimiento de los planes institucionales constituidos para cada vigencia.

 <b>ANA LUCÍA ARIAS GÓMEZ</b> Auditor - Profesional OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
--	--

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD**

<b>PROCESO:</b> 06. Gestión del Riesgo en Salud
<p><b>OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b></p> <p>Realizar intervenciones individuales y/o colectivas de Salud Pública para contribuir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la identificación temprana de riesgo de acuerdo al curso de vida, logrando así una atención integral e integrada de la salud tanto en la población asignada como residente en las localidades de influencia de la Subred; dando cumplimiento de las metas priorizadas y definidas en el Plan Nacional de Salud Pública así como las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, fortaleciendo los procesos de promoción de la autonomía, prevención - control de riesgos, daños en salud y restitución de derechos, propiciando la participación social para la afectación positiva de los determinantes sociales encaminados al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud.</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
<b>GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL</b>			
Acciones promocionales y preventivas a población con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas	85%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida para el período evaluado. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-06-01</i>
Población riesgo de consumo de sustancias psicoactivas Subred Sur Occidente E.S.E.	20%	3,40% 100%	Al verificar el análisis de la meta proyectada para la vigencia, es conforme. Estado del indicador: >= - infinito < 20 Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-02</i>
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la (trimestral) Sur Occidente ESE.	0%	0% 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del indicador: >= - infinito < 1 Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-03</i>
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12	85%	70,16% 82%	Se evidenció que el proceso sustentó en el análisis las causales del incumplimiento del indicador. Estado del indicador >= 70 < 85. No cumple.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
semanas de gestación Subred Sur Occidente ESE			<i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-04</i>
Porcentaje de seguimiento a usuarias con Reporte Positivo de la toma de Citología Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-05</i>
Cumplimiento de las acciones de prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 06 03</i>
Número de rutas integrales de atención en salud implementadas de acuerdo a la priorización Subred Sur Occidente E.S.E.	2 u	7 u 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Número de rutas integrales de atención en salud implementadas de acuerdo con la priorización. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 06 11.</i>
<b>GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO</b>			
Cobertura de visitas efectivas a familias programadas en la UPZ priorizadas Subred Sur Occidente ESE por los equipos de atención en casa	90%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. El proceso reportó: " <i>desde el mes de septiembre de 2022 en los equipos de atención en casa se realiza un ajuste contando con valoraciones familiares tanto de perfil de medicina como enfermera jefe en valoración integral familiar, lo que va a permitir una mayor cobertura.</i> " Al verificar, se evidenció en el informe anexo en pdf: "COBERTURA DE UPZ EAC 2022 4 TRIMESTRE": Consolidado de Tipos de visita – Equipos de Atención en Casa del tercer trimestre fue de 3.660 y el cuarto trimestre subió a: 15.652 efectivamente. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-06</i>
Cobertura de gestantes identificadas sin controles prenatales canalizadas a la Ruta Materno Perinatal en las UPZ priorizadas Subred Sur Occidente ESE por los equipos de atención en casa	90%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-07</i>
Cobertura de usuarios con factores de riesgos en salud	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
mental identificados y canalizados a la Ruta de Trastornos Mentales y Consumo de SPA en las UPZ priorizadas Subred Sur Occidente por los equipos			<i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-08</i>
Cumplimiento del Plan de Acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP víctimas del conflicto Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-09</i>
Cumplimiento del Plan de Acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP de atención a mujeres Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-10</i>
Cumplimiento del Plan de Acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP de niños y niñas de los entornos de vida Subred Sur Occidente ESE	95%	99,50% 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del indicador: $\geq 95 < +$ infinito Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-11</i>
Cumplimiento del Plan de Acción y cronograma de actividades del componente de acciones cumplidas componente PSPIC - GSP trabajadores informales intervenidos por la Subred Sur Occidente ESE.	95%	99,41% 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del indicador: $\geq 95 < +$ infinito Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-06-12</i>
Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI-06-08</i>
Implementación de equipos territoriales en las UPZ priorizadas de las 4 localidades	50%	90,20% 100%	Estado del indicador: $\geq 50 < +$ infinito Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA 06 09</i>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
de la Subred Sur Occidente E.S.E.			
Avance en la implementación de las acciones de Salud Pública Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	93% 98%	El proceso informa durante la evaluación, que el incumplimiento depende de las adiciones contractuales que incluyen afectación de talento humano, sin modificar las metas, el registro se evidencia en el análisis respectivo del indicador así: "Se observa disminución de la ejecución con respecto al trimestre anterior. Esto debido a dificultades para contar con la totalidad del talento humano requerido para la operación del último convenio (3998637)". El estado del indicador para la vigencia 2022 se ubicó $\geq 85 < +$ infinito Cumple. Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 06 10
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La Oficina de Control interno al realizar la evaluación cualitativa evidenció que el proceso ha tenido como base el acto administrativo institucional Acuerdo 018 del 27 de enero de 2022 de la Junta Directiva "Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Anual Institucional 2022 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE".

Los resultados de la gestión en términos de la medición de los indicadores dan cuenta de la calidad y compromiso sobre la gestión de los resultados esperados para la vigencia frente a los productos obtenidos y la implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente; el resultado del proceso para la vigencia 2022 fue del 99.0%.

El impacto, los resultados y la cobertura logrados dan cuenta de la implementación de la misionalidad Institucional.

Se evidenció como fortaleza, el resultado del indicador PAA-06-03 relacionado con el umbral de desempeño: Cero casos de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Se recomienda que el proceso continúe con estrategias de autocontrol que de manera eficiente y eficaz, le permitan fortalecer el resultado de los indicadores débiles detectados en los resultados para la vigencia.



**CARMEN MIREYA REYES MORENO**  
Auditor - Profesional OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

**PROCESO:** 07. Gestión Clínica Hospitalaria

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de hospitalización de la Subred Sur Occidente, mediante la atención integral con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades y expectativas de salud identificadas, minimizando al máximo los riesgos en la prestación del servicio.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cancelación de Cirugías programadas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	6%	1,10% 100%	Con base a soporte archivo denominado "Tablero de Cirugías" se evidencia cumplimiento del indicador cancelación de las cirugías con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-07-02</i>
Promedio estancia hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	5,4 días	4,7 días 100%	Con base a soporte archivo denominado "Tablero de gestión hospitalaria diciembre 2022 Subred validado único" se evidencia cumplimiento del indicador Promedio de estancia hospitalaria Subred Sur Occidente E.S.E. dentro de los parámetros establecidos (consolidado mediciones en las diferentes sedes) para el servicio de hospitalización con relación a la meta establecida por la Institución. Meta en estado. >= - infinito < 5.4 <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 07 02</i>
Oportunidad en la realización de cirugía programada Subred Sur Occidente ESE	10 días	8,65 días 100%	Con base a soporte archivo denominado "Tablero de Cirugías" se evidencia cumplimiento del indicador oportunidad en la realización de las cirugías con relación a la meta establecida. Estado de la meta: >= - infinito < 10 <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-07-01</i>
Reingreso por el servicio de hospitalización Subred Sur Occidente ESE	2%	0,26% 100%	Con base a soporte archivo denominado "Consolidado _ Reingresos _ 2022" se evidenció cumplimiento del indicador reingreso por el servicio de hospitalización con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-07-03</i>
Porcentaje de infección	>4.0%	0,63% 100%	Con base a soporte archivo denominado "DIR HOS DICIEMBRE IAAS 2020-2022" se evidenció cumplimiento de indicador Porcentaje de infección Intrahospitalaria Subred Sur Occidente

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
intrahospitalaria Subred Sur Occidente ESE			E.S.E. dentro de los parámetros establecidos (consolidado mediciones en las diferentes sedes) para el servicio de hospitalización con relación a la meta establecida total por la Institución. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAAI 07 01</i>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	


**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

El cumplimiento del Plan de Acción Anual Institucional 2022 de la Dirección de Servicios Hospitalarios con relación al proceso Gestión Clínica Hospitalaria fue del 100%, teniendo en cuenta las metas establecidas.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia, y los resultados de auditorías internas y externas se tienen las siguientes recomendaciones:

- Tener en cuenta al reportar los indicadores la descripción de cada una de las variables.
- Revisar el contenido normativo del ítem informe de la ficha técnica en los indicadores.

  
**ANA LUCÍA ARIAS GÓMEZ**  
Auditor - Profesional OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**PROCESO:** 08. Gestión de Servicios Complementarios

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para complementar y evaluar el tratamiento de una situación en salud.



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso de Complementarios Subred Sur Occidente	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del resultado del indicador: $\geq 100 < + \text{infinito}$ Cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-02</i>
Oportunidad en la entrega de lectura de imágenes diagnósticas Servicio de Urgencias Subred Sur Occidente ESE	300 min	173 min 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del resultado del indicador: $\geq - \text{infinito} < 300$ Cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-03</i>
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Urgencias Subred Sur Occidente E.S.E.	120 min	103,5 min 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del resultado del indicador: $\geq - \text{infinito} < 120$ Cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-04</i>
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Hospitalización Subred Sur Occidente ESE	120 min	133,08 min 89%	El proceso soporta en la fuente en el submenú análisis, las novedades presentadas en el cumplimiento del numerador de la fórmula que afectan los resultados del indicador: "Sumatoria del tiempo transcurrido entre la recepción de los exámenes en el laboratorio provenientes del servicio de hospitalización y el momento en el que se genera la validación del resultado." Los resultados de este indicador se ubican en estado color rojo ( $\geq 129 < + \text{infinito}$ ) No cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-05</i>
Cumplimiento de las etapas definidas para implementar la estrategia Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. El proceso soporta en la fuente en el submenú análisis las actas de monitoreo de la estrategia enunciada. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-07.</i>
Fórmulas médicas entregadas de manera oportuna (menor 48 horas) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	95%	93,65% 98,5%	Para el período de la meta, el área de Planeación reportó los resultados de este indicador y se ubican en estado $\geq 92 < 95$ No cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-01</i>
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de	1.440 min	472,5 min 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del resultado del indicador: $\geq - \text{infinito} < 1.440$ . Cumple.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
laboratorio clínico en Consulta Externa Subred Sur Occidente			<i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-08-06.</i>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>98,70%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La Oficina de Control Interno al realizar la evaluación cualitativa evidenció que el proceso ha tenido como base el acto administrativo institucional Acuerdo 018 del 27 de enero del 2022 de la Junta Directiva "Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Anual Institucional 2022 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE".

Los resultados de la gestión en términos de la medición de los indicadores dan cuenta de la calidad y compromiso sobre la gestión de los resultados esperados para la vigencia frente a los productos obtenidos y la implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente y como parte de la implementación del Acuerdo 761 de 2020 (junio 11) "Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI". Adicionalmente, se incluye una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad que tengan dificultad para su desplazamiento.

El evaluado informa que el incumplimiento de estos indicadores se debe a factores externos a la Subred Sur Occidente E.S.E de difícil gestión, por ejemplo, desabastecimiento de materias primas para medicamentos, no aceptación por parte de los proveedores en relación con incremento de precios secundarios a la inflación.

Por lo anteriormente evaluado, los resultados generados por el proceso para la vigencia 2022 dan cuenta de la efectividad de la gestión a pesar de las adversidades reportadas.

Una vez evaluada y analizada la información el resultado fue de 98.7% para el proceso.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Continuar con el fortalecimiento de la comunicación con el área de Planeación en la detección de errores relacionados con ítems específicos de los indicadores de la ficha técnica.

  
**ANA LUCÍA ARIAS GÓMEZ**  
Auditor - Profesional OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS

**PROCESO:** 09. Gestión Clínica de Urgencias

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Prestar una atención integral en el contexto de las atenciones de urgencia, a los usuarios que acuden al servicio de urgencias de la Subred Sur Occidente, mediante la priorización de la atención según la gravedad con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades de salud identificadas.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente	30 min	17,07 min 100%	<p>Al revisar la fórmula del indicador establece sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención triage en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta, el resultado fue de 17,07 minutos. Cumple dentro de los parámetros establecidos por Gerencia de la Información.</p> <p>El proceso soporta dos archivos en la medición del indicador (INDICADORES TRIAGE SUBRED 2022 3 archivo Excel que sustenta el resultado del indicador. Se adiciona el INFORME DE GESTIÓN DICIEMBRE 2022 en la página 8 incluye el resultado del indicador).</p> <p>Con base a soporte archivo para la vigencia 2022 el promedio fue de 16,95M. Cumple.</p> <p>Estado del indicador: &gt;= - infinito &lt; 30 cumple</p> <p><i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-09-01</i></p>
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas a nivel Subred	3%	0,70% 100%	<p>El proceso cuenta con el "Instructivo de identificación, registro y manejo de reingresos" (Código Almera 09-00-IN-0003) de fecha 2021-10-25 versión 3.0, el cual aplica para la obtención del indicador, acorde a la meta establecida en la ficha técnica.</p> <p>Con base a soporte archivo denominado "Reingresos Acumulados hasta Dic 2022" se evidenció cumplimiento del indicador reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas a nivel Subred dentro de los parámetros establecidos en la fórmula del indicador con relación a la meta. Cumple.</p> <p>Estado del indicador: &gt;= - infinito &lt; 3 Cumple</p> <p><i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-09-02</i></p>
Oportunidad en la atención específica de pacientes con	90%	96,90%	Con base a soporte archivo denominado "IAM SUBRED 2022" se evidenció cumplimiento del indicador oportunidad en la

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) Subred Sur Occidente ESE		100%	atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio IAM Subred Sur Occidente E.S.E. dentro de los parámetros establecidos (consolidado mediciones en las diferentes sedes) con relación a la meta establecida Cumple.  Estado del indicador: $\geq 90 < +$ infinito Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-09-03</i>
Oportunidad traslados internos Subred Sur Occidente ESE	7	3,58 100%	Soporte evidencia en aplicativo Almera (traslados mes a mes 2022) con relación a la meta establecida. Cumple Estado del indicador: $\geq -$ infinito $< 7$ cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-09-04</i>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	


**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

Los indicadores pactados para la vigencia objeto de evaluación son conformes. Cumplimiento del Plan de Acción 100%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia, se recomienda especificar el tiempo como resultado de la medición en las metas cuando se requiera.

  
**CARMEN MIREYA REYES MORENO**  
Auditor - Profesional OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**PROCESO: 10. Gestión Clínica Ambulatoria**

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general Subred Sur Occidente ESE	3 días	3,15 días 95%	Se evidenció incumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado del resultado del indicador: $\geq 3 < 3.4$ No cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-01</i>
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría Subred Sur Occidente ESE	5 días	4,14 días 100%	Al verificar el análisis de la meta proyectada para la vigencia, es conforme. Estado del resultado del indicador: $\geq - \text{infinito} < 5.1$ Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-02</i>
Oportunidad de asignación de citas medicina especializada (obstetricia) Subred Sur Occidente	5 días	3,39 días 100%	Al verificar el análisis de la meta proyectada para la vigencia, es conforme. El estado del resultado del indicador se ubica en $\geq - \text{infinito} < 5.1$ <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-03</i>
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna en la Subred Sur Occidente	15 días	3,87 días 100%	Al verificar el análisis de la meta proyectada para la vigencia, es conforme. El estado del resultado del indicador acorde al estado $\geq - \text{infinito} < 15.1$ <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-04</i>
Oportunidad de asignación de citas odontología general (primera vez y control) en la Subred Sur Occidente ESE	3 días	3,1 días 100%	Se evidencia que el proceso en la fuente en el submenú en análisis registra las causales de incumplimiento del indicador. Estado del resultado del indicador: $\geq - \text{infinito} < 3.1$ Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-05</i>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Medicina General Subred Sur Occidente E.S.E.	10%	10,94% 99%	Al verificar la fuente se evidencia que el proceso registra en el submenú análisis, las causales de incumplimiento del indicador; la tendencia y la finalidad se minimizó y se mantiene desde el mes de febrero respectivamente como se evidenció en el submenú mediciones. Los resultados de este indicador se ubican en estado $\geq - \text{infinito} < 10.1$ No cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-06</i>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Pediatría Subred Sur Occidente	8%	16,23%	El resultado de este indicador se ubica en estado: $\geq 15 < 20$ . No cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-07</i>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de	8%	11,34% 59%	El resultado de este indicador se ubica en estado: $\geq 10.5 < 15$ . No cumple.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Ginecobstetricia Subred Sur Occidente			<i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-08</i>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Medicina Interna Subred Sur Occidente E.S.E.	8%	8,30% 97%	El resultado de este indicador se ubica en estado: $\geq 8.1 < +$ infinito. No cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-09</i>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada en el servicio de Salud Oral Subred Sur Occidente E.S.E.	10%	12,78% 72%	El resultado de este indicador se ubica en estado: $\geq 10.1 < +$ infinito. No cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-10</i>
Porcentaje de cumplimiento de metas de Medicina General Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	97,26% 98%	Al verificar la fuente del indicador, los resultados de este se ubican en estado: $\geq 69 < 100$ . No cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-11</i>
Cumplimiento de metas de Odontología Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100% 100%	Los resultados de este indicador se ubican en estado: ( $\geq 69 < 100$ ) <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-10-12</i>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>91%</b>	



#### EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La Oficina de Control Interno al realizar la evaluación cualitativa evidenció que el proceso ha tenido como base el Acuerdo Institucional 142 del 28 de octubre de 2022 "Por medio del cual se aprueba el Plan de Gestión Gerencial 2022 – 2024" y en cumplimiento de la Resolución 408 del 15 de febrero del 2018 del Ministerio de Protección Social. Los resultados de la gestión en términos de la medición de los indicadores dan cuenta de la calidad y compromiso sobre la gestión de los resultados esperados para la vigencia frente a los productos obtenidos y el aporte a la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud para la Subred Sur Occidente.

Una vez evaluada y analizada la información el resultado fue de 91% para el proceso.

#### RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia se recomienda realizar análisis de causa raíz con fines de establecer acciones correctivas que mejoren los indicadores de Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de las diferentes especialidades.

 <b>CARMEN MIREYA REYES MORENO</b> Auditor - Profesional OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
---	--

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN FINANCIERA

<b>PROCESO:</b> 11. Gestión Financiera
<b>OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Administrar y gestionar de manera eficiente los recursos financieros que contribuya a la sostenibilidad y perdurabilidad de la Subred Sur Occidente a través del tiempo.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																										
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																								
Conciliación de cartera Subred Sur Occidente ESE	50%	100%	<p>De acuerdo con lo reportado en el aplicativo Almera, se observan saldos de cartera pendientes de la vigencia 2022 por valor de \$163.671.360.917, respecto del cual, durante el año se realizaron las respectivas conciliaciones alcanzando un promedio de 59,22% conciliado. Teniendo en cuenta que, la meta era del 50%, alcanzando el 59,22%, se observó un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo Almera en cuanto a las certificaciones conciliatorias realizadas. Se recomienda adjuntar a las evidencias la conciliación total de la cartera de la vigencia 2022.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año 2022</th> <th>VALOR CARTERA</th> <th>CONCILIACION</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>163.671.360.917</td><td>57.795.898.439,00</td><td>35,31%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>163.671.360.917</td><td>106.432.278.833,00</td><td>65,03%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>163.671.360.917</td><td>108.715.188.464,00</td><td>66,42%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>163.671.360.917</td><td>109.740.846.266,00</td><td>67,05%</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td>163.671.360.917</td><td>116.267.393.148,00</td><td>71,04%</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td>163.671.360.917</td><td>124.864.499.963,00</td><td>76,29%</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td>163.671.360.917</td><td>90.574.573.079,00</td><td>55,34%</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td>163.671.360.917</td><td>95.345.850.458,00</td><td>58,25%</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>163.671.360.917</td><td>84.908.083.415,00</td><td>51,88%</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td>163.671.360.917</td><td>86.988.781.487,00</td><td>53,15%</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td>163.671.360.917</td><td>90.709.000.974,00</td><td>55,42%</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td>163.671.360.917</td><td>90.709.000.974,00</td><td>55,42%</td></tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><b>PROMEDIO</b></td> <td><b>59,22%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Año 2022	VALOR CARTERA	CONCILIACION	%	ENERO	163.671.360.917	57.795.898.439,00	35,31%	FEBRERO	163.671.360.917	106.432.278.833,00	65,03%	MARZO	163.671.360.917	108.715.188.464,00	66,42%	ABRIL	163.671.360.917	109.740.846.266,00	67,05%	MAYO	163.671.360.917	116.267.393.148,00	71,04%	JUNIO	163.671.360.917	124.864.499.963,00	76,29%	JULIO	163.671.360.917	90.574.573.079,00	55,34%	AGOSTO	163.671.360.917	95.345.850.458,00	58,25%	SEPTIEMBRE	163.671.360.917	84.908.083.415,00	51,88%	OCTUBRE	163.671.360.917	86.988.781.487,00	53,15%	NOVIEMBRE	163.671.360.917	90.709.000.974,00	55,42%	DICIEMBRE	163.671.360.917	90.709.000.974,00	55,42%			<b>PROMEDIO</b>	<b>59,22%</b>
Año 2022	VALOR CARTERA	CONCILIACION	%																																																								
ENERO	163.671.360.917	57.795.898.439,00	35,31%																																																								
FEBRERO	163.671.360.917	106.432.278.833,00	65,03%																																																								
MARZO	163.671.360.917	108.715.188.464,00	66,42%																																																								
ABRIL	163.671.360.917	109.740.846.266,00	67,05%																																																								
MAYO	163.671.360.917	116.267.393.148,00	71,04%																																																								
JUNIO	163.671.360.917	124.864.499.963,00	76,29%																																																								
JULIO	163.671.360.917	90.574.573.079,00	55,34%																																																								
AGOSTO	163.671.360.917	95.345.850.458,00	58,25%																																																								
SEPTIEMBRE	163.671.360.917	84.908.083.415,00	51,88%																																																								
OCTUBRE	163.671.360.917	86.988.781.487,00	53,15%																																																								
NOVIEMBRE	163.671.360.917	90.709.000.974,00	55,42%																																																								
DICIEMBRE	163.671.360.917	90.709.000.974,00	55,42%																																																								
		<b>PROMEDIO</b>	<b>59,22%</b>																																																								
Oportunidad en la radicación de facturación causada Subred Sur Occidente ESE	97%	98,57%	De acuerdo con lo reportado en el aplicativo Almera durante el periodo de enero a noviembre de 2022 se causó facturación por valor de \$335.520.548,51, de la que se radicó \$321.020.823.603 alcanzando un promedio de 95.62% radicado. Teniendo en																																																								

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																														
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																												
			<p>cuenta que la meta definida era del 97% del total facturado, se alcanzó un 98,57% de la meta. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo Almera.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año 2022</th> <th>FACTURACION CAUSADA</th> <th>CUENTAS RADICADAS</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENERO</td> <td>31.716.018.792</td> <td>31.272.965.976</td> <td>98,60%</td> </tr> <tr> <td>FEBRERO</td> <td>27.493.521.473</td> <td>25.971.737.574</td> <td>94,46%</td> </tr> <tr> <td>MARZO</td> <td>29.515.374.177</td> <td>27.544.050.120,00</td> <td>93,32%</td> </tr> <tr> <td>ABRIL</td> <td>29.544.766.728</td> <td>27.255.326.882,00</td> <td>92,25%</td> </tr> <tr> <td>MAYO</td> <td>31.266.386.023</td> <td>29.374.108.129,00</td> <td>93,95%</td> </tr> <tr> <td>JUNIO</td> <td>33.426.230.566</td> <td>32.509.683.345,00</td> <td>97,26%</td> </tr> <tr> <td>JULIO</td> <td>28.833.807.829</td> <td>27.407.555.575,00</td> <td>95,05%</td> </tr> <tr> <td>AGOSTO</td> <td>29.819.403.567</td> <td>27.824.870.668,00</td> <td>93,31%</td> </tr> <tr> <td>SEPTIEMBRE</td> <td>34.736.993.050</td> <td>33.494.974.473,00</td> <td>96,42%</td> </tr> <tr> <td>OCTUBRE</td> <td>28.810.569.113</td> <td>27.628.588.681,00</td> <td>95,90%</td> </tr> <tr> <td>NOVIEMBRE</td> <td>30.357.477.533</td> <td>30.736.962.180,00</td> <td>101,25%</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>335.520.548.851</td> <td>321.020.823.603,00</td> <td>95,62%</td> </tr> <tr> <td>META 97%</td> <td>325.454.932.385</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>META ALCANZADA</td> <td></td> <td>98,64%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Año 2022	FACTURACION CAUSADA	CUENTAS RADICADAS	%	ENERO	31.716.018.792	31.272.965.976	98,60%	FEBRERO	27.493.521.473	25.971.737.574	94,46%	MARZO	29.515.374.177	27.544.050.120,00	93,32%	ABRIL	29.544.766.728	27.255.326.882,00	92,25%	MAYO	31.266.386.023	29.374.108.129,00	93,95%	JUNIO	33.426.230.566	32.509.683.345,00	97,26%	JULIO	28.833.807.829	27.407.555.575,00	95,05%	AGOSTO	29.819.403.567	27.824.870.668,00	93,31%	SEPTIEMBRE	34.736.993.050	33.494.974.473,00	96,42%	OCTUBRE	28.810.569.113	27.628.588.681,00	95,90%	NOVIEMBRE	30.357.477.533	30.736.962.180,00	101,25%	TOTAL	335.520.548.851	321.020.823.603,00	95,62%	META 97%	325.454.932.385			META ALCANZADA		98,64%	
Año 2022	FACTURACION CAUSADA	CUENTAS RADICADAS	%																																																												
ENERO	31.716.018.792	31.272.965.976	98,60%																																																												
FEBRERO	27.493.521.473	25.971.737.574	94,46%																																																												
MARZO	29.515.374.177	27.544.050.120,00	93,32%																																																												
ABRIL	29.544.766.728	27.255.326.882,00	92,25%																																																												
MAYO	31.266.386.023	29.374.108.129,00	93,95%																																																												
JUNIO	33.426.230.566	32.509.683.345,00	97,26%																																																												
JULIO	28.833.807.829	27.407.555.575,00	95,05%																																																												
AGOSTO	29.819.403.567	27.824.870.668,00	93,31%																																																												
SEPTIEMBRE	34.736.993.050	33.494.974.473,00	96,42%																																																												
OCTUBRE	28.810.569.113	27.628.588.681,00	95,90%																																																												
NOVIEMBRE	30.357.477.533	30.736.962.180,00	101,25%																																																												
TOTAL	335.520.548.851	321.020.823.603,00	95,62%																																																												
META 97%	325.454.932.385																																																														
META ALCANZADA		98,64%																																																													
Depuración de saldos contables Subred Sur Occidente ESE	80%	70%	<p>De acuerdo con lo informado, durante la vigencia fiscal 2022 el proceso de depuración contable aprobado no presentó avance durante los meses de enero a noviembre de 2022; sin embargo, se informó que en cada comité de sostenibilidad contable fueron presentados los avances al proceso de depuración contable.</p> <p>En documento de acta de reunión ordinaria del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable de fecha 28 de octubre de 2022 se menciona que en dicha sesión se presentó propuesta de modificación del plan de depuración contable de la vigencia 2022 modificando la meta de depuración establecida inicialmente en \$18.994.000.000 a \$7.328.857.710; sin embargo, en este documento de acta no se menciona si la propuesta presentada fue aprobada por dicho comité, además, que el acta suministrada no está suscrita por el presidente y secretaria del comité, acción que valida las decisiones tomadas en el marco de éste. Es importante mencionar que, la solicitud o realización de este ajuste fue reportado en el aplicativo Almera hasta el mes de diciembre de 2022.</p> <p>De otra parte, se observaron tres (3) actos administrativos suscritos por la gerencia mediante los cuales se ordena la eliminación de los saldos contables en el mes de diciembre de 2022; no obstante, la sumatoria de los valores arroja una cifra total de \$7.139.367.797, presentándose una diferencia de \$189.489.913 frente al valor propuesto en comité del mes de octubre de 2022.</p>																																																												



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																																		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																																
			Teniendo en cuenta lo antes expuesto, no fue posible validar el cumplimiento de la meta que los responsables del proceso reportan en un 100%.																																																																
Recaudo realizado Subred Sur Occidente ESE	45%	87,10%	<p>De acuerdo con lo informado, durante la vigencia 2022 se tomó como base la cartera registrada en el año anterior \$140.920.525.034, proyectando un indicador de recaudo del 45%; sin embargo, se alcanzó un recaudo de \$55.232.074.358,17 que corresponde al 39,19% de la cartera, teniendo en cuenta la meta se observó un cumplimiento del 87,10% de recaudo. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo Almera.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año 2022</th> <th>CARTERA REGISTRADA</th> <th>CARTERA RECAUDO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>140.920.525.034</td><td>17.446.053.103</td><td>12,38%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>140.920.525.034</td><td>32.113.044.221</td><td>22,79%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>140.920.525.034</td><td>35.510.261.284</td><td>25,20%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>140.920.525.034</td><td>38.619.349.828</td><td>27,41%</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td>140.920.525.034</td><td>40.958.188.789</td><td>29,06%</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td>140.920.525.034</td><td>59.024.348.724</td><td>41,88%</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td>140.920.525.034</td><td>60.448.466.896</td><td>42,90%</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td>140.920.525.034</td><td>63.229.490.237</td><td>44,87%</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>140.920.525.034</td><td>79.497.289.083</td><td>56,41%</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td>140.920.525.034</td><td>77.524.398.543</td><td>55,01%</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td>140.920.525.034</td><td>77.750.377.869</td><td>55,17%</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td>140.920.525.034</td><td>80.663.623.721</td><td>57,24%</td></tr> <tr><td><b>TOTAL</b></td><td><b>140.920.525.034</b></td><td><b>55.232.074.358,17</b></td><td><b>39,19%</b></td></tr> <tr><td><b>META 45%</b></td><td><b>63.414.236.265</b></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><b>META ALCANZADA</b></td><td><b>87,10%</b></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Año 2022	CARTERA REGISTRADA	CARTERA RECAUDO	%	ENERO	140.920.525.034	17.446.053.103	12,38%	FEBRERO	140.920.525.034	32.113.044.221	22,79%	MARZO	140.920.525.034	35.510.261.284	25,20%	ABRIL	140.920.525.034	38.619.349.828	27,41%	MAYO	140.920.525.034	40.958.188.789	29,06%	JUNIO	140.920.525.034	59.024.348.724	41,88%	JULIO	140.920.525.034	60.448.466.896	42,90%	AGOSTO	140.920.525.034	63.229.490.237	44,87%	SEPTIEMBRE	140.920.525.034	79.497.289.083	56,41%	OCTUBRE	140.920.525.034	77.524.398.543	55,01%	NOVIEMBRE	140.920.525.034	77.750.377.869	55,17%	DICIEMBRE	140.920.525.034	80.663.623.721	57,24%	<b>TOTAL</b>	<b>140.920.525.034</b>	<b>55.232.074.358,17</b>	<b>39,19%</b>	<b>META 45%</b>	<b>63.414.236.265</b>			<b>META ALCANZADA</b>	<b>87,10%</b>		
Año 2022	CARTERA REGISTRADA	CARTERA RECAUDO	%																																																																
ENERO	140.920.525.034	17.446.053.103	12,38%																																																																
FEBRERO	140.920.525.034	32.113.044.221	22,79%																																																																
MARZO	140.920.525.034	35.510.261.284	25,20%																																																																
ABRIL	140.920.525.034	38.619.349.828	27,41%																																																																
MAYO	140.920.525.034	40.958.188.789	29,06%																																																																
JUNIO	140.920.525.034	59.024.348.724	41,88%																																																																
JULIO	140.920.525.034	60.448.466.896	42,90%																																																																
AGOSTO	140.920.525.034	63.229.490.237	44,87%																																																																
SEPTIEMBRE	140.920.525.034	79.497.289.083	56,41%																																																																
OCTUBRE	140.920.525.034	77.524.398.543	55,01%																																																																
NOVIEMBRE	140.920.525.034	77.750.377.869	55,17%																																																																
DICIEMBRE	140.920.525.034	80.663.623.721	57,24%																																																																
<b>TOTAL</b>	<b>140.920.525.034</b>	<b>55.232.074.358,17</b>	<b>39,19%</b>																																																																
<b>META 45%</b>	<b>63.414.236.265</b>																																																																		
<b>META ALCANZADA</b>	<b>87,10%</b>																																																																		
Recaudo de facturación radicada de la vigencia actual Subred Sur Occidente ESE	75%	84,48%	<p>En el periodo enero a diciembre de 2022 se logra una recuperación de cartera equivalente a \$636.493.868.197 sobre el total de facturación radicada en el mismo periodo por valor de \$914.382.801.851 que corresponde al 63,36% de recaudo, generando un resultado de cumplimiento de la meta del 84,48% establecida (63,36% del 75% esperado).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año 2022</th> <th>FACTURADO</th> <th>RECUADADO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I TRIMESTRE</td><td>87.618.626.901</td><td>39.102.409.134</td><td>44,63%</td></tr> <tr><td>II TRIMESTRE</td><td>177.844.217.311</td><td>102.836.164.500</td><td>57,82%</td></tr> <tr><td>III TRIMESTRE</td><td>269.975.100.782</td><td>192.384.607.065</td><td>71,26%</td></tr> <tr><td>IV TRIMESTRE</td><td>378.944.856.857</td><td>302.170.687.498</td><td>79,74%</td></tr> <tr><td><b>TOTAL</b></td><td><b>914.382.801.851</b></td><td><b>636.493.868.197</b></td><td><b>63,36%</b></td></tr> </tbody> </table>	Año 2022	FACTURADO	RECUADADO	%	I TRIMESTRE	87.618.626.901	39.102.409.134	44,63%	II TRIMESTRE	177.844.217.311	102.836.164.500	57,82%	III TRIMESTRE	269.975.100.782	192.384.607.065	71,26%	IV TRIMESTRE	378.944.856.857	302.170.687.498	79,74%	<b>TOTAL</b>	<b>914.382.801.851</b>	<b>636.493.868.197</b>	<b>63,36%</b>																																								
Año 2022	FACTURADO	RECUADADO	%																																																																
I TRIMESTRE	87.618.626.901	39.102.409.134	44,63%																																																																
II TRIMESTRE	177.844.217.311	102.836.164.500	57,82%																																																																
III TRIMESTRE	269.975.100.782	192.384.607.065	71,26%																																																																
IV TRIMESTRE	378.944.856.857	302.170.687.498	79,74%																																																																
<b>TOTAL</b>	<b>914.382.801.851</b>	<b>636.493.868.197</b>	<b>63,36%</b>																																																																
Equilibrio presupuestal Subred Sur Occidente ESE	100%	97,9%	Se observó que, a corte de 31 de diciembre de 2022 se obtuvo un recaudo acumulado por valor de \$592.672.276.143 y compromisos acumulados al mismo periodo por valor de																																																																

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																										
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																								
			<p>\$605.181.364.956, obteniendo un equilibrio presupuestal al cierre de diciembre de 2022 del 97.9%.</p> <p>No obstante lo anterior, y teniendo en cuenta que el indicador se ha planteado para ser medido en una periodicidad mensual, en el siguiente cuadro se muestra el comportamiento de este indicador durante la vigencia fiscal 2022:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año 2022</th> <th>Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)</th> <th>Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye CxP de vigencias anteriores).</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td>149.251.763.241</td><td>127.143.769.425</td><td>117,39%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td>185.386.045.198</td><td>225.388.777.406</td><td>82,25%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td>214.367.294.138</td><td>255.567.333.625</td><td>83,88%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td>261.461.587.829</td><td>314.835.260.213</td><td>83,05%</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td>289.735.020.397</td><td>351.528.134.680</td><td>82,42%</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td>328.131.660.361</td><td>414.654.493.877</td><td>79,13%</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td>362.996.996.369</td><td>438.304.922.630</td><td>82,82%</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td>403.735.470.577</td><td>465.891.349.918</td><td>86,66%</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td>422.673.356.790</td><td>496.225.679.142</td><td>85,18%</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td>485.979.332.681</td><td>525.386.774.184</td><td>92,50%</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td>521.655.754.114</td><td>569.077.928.558</td><td>91,67%</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td>592.672.276.143</td><td>605.181.364.956</td><td>97,93%</td></tr> <tr> <td colspan="3"><b>TOTAL META</b></td> <td><b>88,74%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Siendo la medición del indicador mensual, su resultado periódico influye en el resultado que se calcule para toda la vigencia, debido a que durante la vigencia 2022 hubo periodos con un equilibrio presupuestal bajo que afecta el cumplimiento de la meta, que en este caso alcanzó un 88,74% (promedio de todos los periodos) como se muestra en la tabla anterior, y que estaría por debajo de la meta planteada.</p>	Año 2022	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye CxP de vigencias anteriores).	%	ENERO	149.251.763.241	127.143.769.425	117,39%	FEBRERO	185.386.045.198	225.388.777.406	82,25%	MARZO	214.367.294.138	255.567.333.625	83,88%	ABRIL	261.461.587.829	314.835.260.213	83,05%	MAYO	289.735.020.397	351.528.134.680	82,42%	JUNIO	328.131.660.361	414.654.493.877	79,13%	JULIO	362.996.996.369	438.304.922.630	82,82%	AGOSTO	403.735.470.577	465.891.349.918	86,66%	SEPTIEMBRE	422.673.356.790	496.225.679.142	85,18%	OCTUBRE	485.979.332.681	525.386.774.184	92,50%	NOVIEMBRE	521.655.754.114	569.077.928.558	91,67%	DICIEMBRE	592.672.276.143	605.181.364.956	97,93%	<b>TOTAL META</b>			<b>88,74%</b>
Año 2022	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye CxP de vigencias anteriores).	%																																																								
ENERO	149.251.763.241	127.143.769.425	117,39%																																																								
FEBRERO	185.386.045.198	225.388.777.406	82,25%																																																								
MARZO	214.367.294.138	255.567.333.625	83,88%																																																								
ABRIL	261.461.587.829	314.835.260.213	83,05%																																																								
MAYO	289.735.020.397	351.528.134.680	82,42%																																																								
JUNIO	328.131.660.361	414.654.493.877	79,13%																																																								
JULIO	362.996.996.369	438.304.922.630	82,82%																																																								
AGOSTO	403.735.470.577	465.891.349.918	86,66%																																																								
SEPTIEMBRE	422.673.356.790	496.225.679.142	85,18%																																																								
OCTUBRE	485.979.332.681	525.386.774.184	92,50%																																																								
NOVIEMBRE	521.655.754.114	569.077.928.558	91,67%																																																								
DICIEMBRE	592.672.276.143	605.181.364.956	97,93%																																																								
<b>TOTAL META</b>			<b>88,74%</b>																																																								
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>90%</b>																																																									

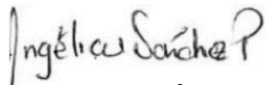

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo un cumplimiento general del 90%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia, y los resultados de auditorías internas y externas se tienen las siguientes recomendaciones:

- Para cerrar el ciclo de conciliación de cartera realizado durante la vigencia, es importante adjuntar a las evidencias la conciliación total de la cartera, en este caso, de la vigencia 2022.
- Continuar con la depuración de las cifras contables y presupuestales, además de adelantar acciones correctivas en los procesos de gran complejidad como son cartera, facturación y glosas, implementando controles que permitan el flujo normal de las operaciones y la mejora continua de los procedimientos.
- Es importante que las evidencias sean cargadas y reportadas oportunamente en el aplicativo dispuesto para tal fin, y que se muestre claridad en la medición de los indicadores y en los reportes realizados para facilitar la evaluación cuantitativa y objetiva de las metas y/o los indicadores.

 <b>ANGÉLICA DEL PILAR SÁNCHEZ PACHECO</b> Auditor - Profesional OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
---	--

DEPENDENCIA: **OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES**

**PROCESO:** 12. Gestión de Comunicaciones

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Implementar estrategias de comunicación que permitan la socialización efectiva y transparente de los logros y avances institucionales a los diferentes clientes (internos y externos) en el marco de una atención en salud centrada en el usuario.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Adherencia a las estrategias de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S.E.	60%	100%	<p>Respecto a este indicador se encuestaron 1.783 colaboradores, entre funcionarios y contratistas durante el año 2022, logrando adherencia del 91% para los dos semestres. De las seis estrategias definidas en el Manual de Comunicaciones (Código 12-00-MA-0002) del 14 de junio de 2022, las de mayor adherencia son: Surocito Informa, Boletín Sintonízate con la Subred Sur Occidente, Encuentros la Subred se Conecta y Encuentros de Aprendizaje Continuo (antes UAT). De igual forma, su cultura institución creció para el segundo trimestre un 1,3% frente al reconocimiento del personaje institucional Surocito y un 10% en el reconocimiento y apropiación del lema Institucional. La meta fue superada en un 30,7%.</p> <p>Se evidencia cumplimiento de la meta de acuerdo con el análisis de la actividad desarrollada para evaluar dicho indicador.</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Percepción de la imagen institucional Subred Sur Occidente E.S.E.	70%	100%	<p>Durante la vigencia se realizaron dos encuestas de percepción de la imagen institucional y efectividad de la comunicación al cliente externo de la Subred Sur Occidente. En la primera encuesta participaron 829 personas, entre usuarios y familiares, de los cuales el 84,2% manifestó tener una percepción positiva. Para el segundo semestre se disminuyó la muestra, llegando a 581 personas, entre usuarios y familiares, de los cuales 83,1% manifestaron tener una percepción positiva de la Subred. Del perfil demográfico que permitió este desarrollo, se reconoce que más del 80% de los encuestados pertenecen a las cuatro localidades de cobertura de la Subred: Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, que un promedio del 70% corresponde al sexo femenino, un 20% al masculino y el otro 10% otros géneros, y, estuvo categorizada con una población entre los 14 -70 años. La meta fue superada en un 13,1%.</p> <p>La percepción de la imagen de la Subred es muy favorable y la misma ha mejorado, de acuerdo con la evidencia de la actividad desarrollada para dar respuesta a la misma.</p>
Apropiación de la información canales de comunicación Subred Sur Occidente ESE	72%	100%	<p>Con la realización de la Encuesta Interna de Efectividad y Satisfacción de Comunicaciones se concluyó que los encuestados reconocen los canales y estrategias de comunicación interna implementados por la entidad, siendo de mayor uso, para el primer semestre el WhatsApp, con el envío de información institucional a través de las listas de distribución y grupos de trabajo y para el segundo semestre la intranet, a través del sistema de gestión documental, que permite una amplia visión de la entidad. Así mismo, el cliente externo reconoció su preferencia hacia las redes sociales como medio de comunicación, destacando, en los dos semestres, la red social "Facebook". Aunado a lo anterior, cabe resaltar, que, con el aumento en el uso de la intranet, se evidencia que hay mayor motivación, sentido de pertenencia y, por supuesto, productividad laboral. De otro lado, se debe aprovechar el CMR de la red social Facebook para automatizar las tareas repetitivas, maximizar el tiempo y mejorar la calidad de las interacciones. Sin embargo, se debe buscar la mejora continua del tráfico hacia el sitio web de la Subred Sur Occidente. El resultado de la medición se encuentra un 40% por encima de la meta proyectada.</p> <p>Se evidencia cumplimiento del indicador, de acuerdo con la meta trazada de número de colaboradores encuestados para validar la</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			apropiación de la información a través de los canales de comunicación.
Cumplimiento de las solicitudes de diseño y publicación Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	<p>Para el año 2022 la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió 314 requerimientos y/o solicitudes de diseño de piezas gráficas informativas y, las mismas fueron publicadas en los canales internos y externos de la entidad a través del aplicativo Mesa de Ayuda, de las cuales, el 37% fueron solicitadas por la Dirección de Talento Humano, un 17% por la Dirección de Gestión del Riesgo y el otro 46% por las diferentes áreas para la promoción y pedagogía de sus procesos. Se cumplió la meta, superando la misma en un 10%.</p> <p>Se observa el cumplimiento de la meta proyectada, de acuerdo con la información relacionada; sin embargo, se sugiere anexar una muestra de solicitudes o tickets para validar el respectivo control y la pertinencia de los soportes o evidencia que se relaciona.</p>
Cumplimiento a las solicitudes publicadas en el portal web para dar respuesta a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Se evidencia que desde la Oficina Asesora de Comunicaciones se cumple con el Registro de Activos de Información, de acuerdo con el gestor normativo Ley 1712 de 2014 y sus actualizaciones. Aunado a ello, se cumplió con 823 solicitudes de publicación en la página web de la entidad tales como: documentos, datos e información de interés para la comunidad, usuarios, sus familias, entes de control y partes interesadas. Lo anterior, es ejecutado a través de plataforma mesa de ayuda. Se dio el cumplimiento esperado.</p> <p>En el marco del cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se dio cumplimiento a la meta establecida en la publicación de información. Se sugiere anexar copia de las solicitudes o tickets.</p>
Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE	94%	100%	<p>En la vigencia 2022 se realizaron dos encuestas de comunicación interna y externa para evaluar la efectividad de las estrategias de comunicación. En el primer semestre participaron 1.123 colaboradores, entre funcionarios y contratistas y 829 personas, entre usuarios y sus familiares, de los cuales, un 96% se encuentra satisfecho con la comunicación interna y externa que divulga la entidad. En el segundo semestre participaron 660 colaboradores, entre funcionarios y contratistas y 581 personas, entre usuarios y sus familiares, donde el 97% manifestó que la estrategia de comunicación efectiva es oportuna, precisa,</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			completa y comprendida por parte de quien la recibe. La meta fue superada en un 3%. De acuerdo con los anexos se evidenció efectividad de la comunicación con el cliente externo e interno, de acuerdo con la actividad desarrollada.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La Oficina Asesora de Comunicaciones formuló un plan de acción para la vigencia 2022 acorde con la visión, misión, objetivos institucionales por área y los compromisos relacionados con el resultado de la ejecución, en concordancia, con los objetivos trazados de eficacia, eficiencia y efectividad; para lo cual, establecieron 8 indicadores con una meta entre el 60% y 100% de cada uno. Así las cosas, se verificaron los documentos y/o informes de seguimiento, los reportes con detalle de las actividades desarrolladas, que soportan el cumplimiento registrado en el plan de acción. En consecuencia, se observó un cumplimiento de la dependencia en un 100%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Conforme al ejercicio de la evaluación de la dependencia, y los resultados de auditorías internas y externas se tienen las siguientes recomendaciones:

- No hacer uso de plantillas para evitar la duplicidad de la información, o en su defecto, corroborar con lecturas para identificar y/o evitar que se presenten errores de digitación o información de períodos anteriores.
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento y monitoreo interno de cada actividad y/o indicador.
- Continuar aplicando las acciones que han facilitado y garantizado el logro de las metas previstas, así como el registro de evidencias del plan de acción de acuerdo con cada indicador.
- Se reconoce el esfuerzo de la Dirección en establecer metas e indicadores que se puedan cumplir y que se traducen en acciones y actividades que están impactando directamente al cliente interno y externo de la entidad.
- Teniendo en cuenta que la mayoría de los indicadores de la dependencia están formulados en términos de eficiencia y satisfacción, sería conveniente concretar indicadores que midan el impacto de la gestión, por tratarse de una dependencia Estratégica de la entidad.



**LINA TATIANA CARDOZO PERDOMO**  
Auditor - Profesional OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN - TIC

**PROCESO:** 13. Gestión de TICS

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Dar apoyo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente en la adquisición, implementación y mantenimiento de la tecnología informática en todos sus componentes, promoviendo una cultura de gestión con enfoque digital para agilizar la gestión, el conocimiento de la entidad y redundando en mejores servicios para la población usuaria de los servicios de salud.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																										
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																								
Implementación Plan Estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC) Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	99,5%	Para la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC), se definieron 4 actividades; las cuales presentan la siguiente ejecución: 1. Se elaboró el plan de Gobierno del Dato, 2. Se implementó el plan de gobierno del dato 3. Se realizó actualización de los Riesgos asociados a la oficina TICS, 4. Se adelantó seguimiento a la ejecución de las actividades de gobierno del dato. El cual presentó cumplimiento del 98% de las actividades planteadas.																								
Implementación Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos Subred Sur Occidente E.S.E.	92%	100%	<p>Se programaron y ejecutaron 1.565 mantenimientos preventivos a los equipos de la Subred. A continuación, se presenta el cumplimiento discriminado en cada Unidad de Servicio de Salud:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>UNIDADES</th> <th>PLANEADOS</th> <th>EJECUTADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bosa</td> <td>91</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Fontibón</td> <td>355</td> <td>355</td> </tr> <tr> <td>Kennedy</td> <td>406</td> <td>406</td> </tr> <tr> <td>Tintal</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Pablo VI</td> <td>225</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>Zona Sur</td> <td>398</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>1.565</b></td> <td><b>1.565</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Algunas de las actividades de mantenimiento preventivo realizadas fueron las siguientes: <b>Mantenimiento de software:</b> Verificación de antivirus actualizados, verificación de aplicativo Dinámica gerencial actualizado, verificación del sistema operativo y que el mismo se encuentre licenciado, verificación del office y que cuente con su licencia, depuración de archivos temporales y restricción de programas no institucionales. <b>Mantenimiento de hardware:</b> Realización de limpieza general de los equipos de cómputo.</p>	UNIDADES	PLANEADOS	EJECUTADOS	Bosa	91	91	Fontibón	355	355	Kennedy	406	406	Tintal	90	90	Pablo VI	225	225	Zona Sur	398	398	<b>Total</b>	<b>1.565</b>	<b>1.565</b>
UNIDADES	PLANEADOS	EJECUTADOS																									
Bosa	91	91																									
Fontibón	355	355																									
Kennedy	406	406																									
Tintal	90	90																									
Pablo VI	225	225																									
Zona Sur	398	398																									
<b>Total</b>	<b>1.565</b>	<b>1.565</b>																									

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento ANS de sistemas por mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	99%	Durante la vigencia 2022, se radicaron 13.057 requerimientos dentro de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos, de los cuales se logró atender 11.621 que corresponden a la atención oportuna del 89% de los mismos. Frente a la meta propuesta se presenta cumplimiento del 99% para el indicador.
Disponibilidad del sistema de información DGH.NET de la Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	Durante el año 2022 se prestaron 34.557 horas de disponibilidad del sistema. Para ningún mes de la vigencia 2022 se presentó indisponibilidad del sistema superior al 3%. Por lo anterior, se alcanzó cumplimiento del 100% del indicador frente a la meta propuesta.
Implementación de la Arquitectura Empresarial (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC) Subred Sur Occidente ESE.	100%	99%	Para dar cumplimiento a la implementación de la arquitectura empresarial, la Subred Sur Occidente definió 3 actividades: 1. Aprovechamiento de los sistemas de información, 2. Fortalecimiento de mecanismos de control del dato, 3. Optimización de los mecanismos de consulta (Tableros de datos en tiempo real). El mismo cuenta con 14 actividades, el cual presenta cumplimiento del 99%.
Interoperabilidad en la plataforma Bogotá Salud Digital Subred Sur Occidente ESE.	95%	100%	Como parte del compromiso del proceso de Interoperabilidad de Documentos de Arquitectura Clínica (CDA), desde nuestro HIS-DGH hacia la plataforma de Bogotá Salud Digital se debe realizar la transferencia de los 7 Procesos asistenciales: 1. Consulta externa, 2 Odontología, 3 Materno, Laboratorio, 4 Hospitalario, 5 Urgencias, 6 Radiología.
Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE (actividad)	20%	100%	Como parte de la hoja de ruta de implementación de Gobierno y Transformación Digital se adelantó apoyo y ajuste para la implementación de los diferentes proyectos: Ajustes en Cuentas de cobro, creación de la APP Censo de Camas (app y Web), apoyo en la implementación del Módulo de Sífilis Gestacional, Apoyo para la gestión de Trámites administrativos, Creación del módulo plan padrino del Talento Humano.
Implementación del macro proyecto de TELEUCI Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	El proyecto TELEUCI se implementó en su totalidad en las UMHEs de Kennedy y Fontibón. Para ello se ajustaron los procesos, y procedimientos asistenciales, permitiendo utilizar diferentes estrategias de monitoreo remoto (Telemetría), gestión integral de los sistemas (LIS, RIS) basados en el control de la Historia Clínica Electrónica del paciente, en procura de mejorar la prestación de los servicios de salud en la Subred Sur Occidente E.S.E, teniendo en cuenta todos los criterios necesarios de infraestructura de Tecnologías de Información (TI), software,



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			hardware, equipo biomédico, telecomunicaciones, para su funcionamiento de manera gradual, conforme a las directrices establecidas por la Alta Dirección.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2022.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Sin recomendaciones específicas.

  
**LUIS CARLOS CONDE SÁNCHEZ**  
Auditor - Profesional OCI

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**PROCESO:** 14. Gestión del Ambiente Físico

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar y gestionar las necesidades de los grupos de interés relacionadas con el ambiente físico, con el fin de implementar acciones de respuesta adecuada en conformidad con los lineamientos internos y externos, que contribuyen al fortalecimiento del desempeño institucional y mejoramiento continuo durante la prestación de los servicios.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de los programas del PIGA Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	99,50%	El proceso da cuenta en el análisis de la fuente, del cumplimiento de las actividades ejecutadas del plan de acción del PIGA en la vigencia. El estado del resultado del indicador fue de $\geq 90 < +$ infinito Cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-14-01</i>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento en la respuesta a necesidades de ambiente físico notificadas a través de mesa de ayuda o Ticket Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	83,50% 88%	Se evidencia que el número de tickets gestionados por Ambiente Físico a través de la mesa de ayuda es menor a la cantidad recepcionada en el proceso, lo cual afecta el resultado esperado en relación con la meta del indicador, el proceso soporta en la fuente en el análisis las causales. Estado del resultado del indicador: $\geq 72 < 95$ . No cumple con relación a la meta. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-14-02</i>
Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna de insumos médico-quirúrgicos Subred Sur Occidente ESE	1%	0,025% 100%	En el análisis del proceso se documenta el indicador. Estado del Indicador: $\geq -$ infinito $< 1$ Cumple. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código PAA-14-03</i>
Cumplimiento en la entrega medicamentos e insumos médico-quirúrgicos Sub-Red Sur Occidente ESE	98%	97,75% 99,74%	El estado del resultado del indicador se ubica en $\geq 72 < 98$ . No cumple con relación a la meta. El proceso documenta en la fuente de evidencias la justificación del no cumplimiento para la vigencia. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-14-04</i>
Control de bienes de la Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Estado de cumplimiento: $\geq 100 < +$ infinito. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-14-05</i>
Inatención de pacientes por fallas de equipos biomédicos Subred Sur Occidente ESE	0,20%	0,01% 100%	Al verificar el análisis de la meta proyectada para la vigencia. Estado del resultado del indicador: $\geq -$ infinito $< 0.2$ . Cumple <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAA-14-06</i>
Cumplimiento del Plan Institucional de Archivos - PINAR Subred Sur Occidente E.S. E.	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 14 24</i>
Cumplimiento del Programa de Gestión Documental - PGD Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 14 25</i>
Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	93%	93,10% 100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. <i>Fuente de las evidencias: Almera Código: PAAI 14 38</i>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>98.90%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La Oficina de Control Interno al realizar la evaluación cualitativa evidenció que el proceso ha tenido como base el acto administrativo institucional Acuerdo 018 del 27 de enero del 2022 de la Junta Directiva "Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Anual Institucional 2022 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE".

Los resultados de la gestión en términos de la medición de los indicadores dan cuenta de la calidad y compromiso sobre la gestión de los resultados esperados para la vigencia frente a los productos obtenidos y la implementación del Plan Institucional de Archivos -PINAR y del Programa de Gestión Documental -PGD de la Subred Sur Occidente ESE.

Respecto del indicador "Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria" (Código PAAI 14 38) el responsable del proceso informó que producto de la gestión realizada a través de la mejora continua se logró el cumplimiento acorde con la meta prevista para la vigencia.

Producto de la verificación del análisis de las fuentes, se considera importante resaltar el compromiso con el cumplimiento de las acciones planteadas para la vigencia por los responsables del proceso, lo cual se ve reflejado en el impacto de los resultados logrados en cada uno de los indicadores. Una vez evaluada y analizada la información el resultado fue de 98.90% para el proceso.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Se considera procedente continuar trabajando en la mejora continua y la mitigación de los riesgos de manera oportuna con fines de mejorar la eficacia operativa de los indicadores.



**CARMEN MIREYA REYES MORENO**  
Auditor - Profesional OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: **OFICINA ASESORA JURÍDICA**

**PROCESO:** 15. Gestión Jurídica

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Asesorar, representar y defender en asuntos jurídicos -administrativos y judiciales internos y externos relacionados con las actividades desarrolladas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con el propósito de prevenir el daño antijurídico.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Oportunidad de atención en las acciones judiciales de la Subred Occidente ESE	90%	100%	<p>Durante la vigencia del año 2022, según reporte generado por la plataforma SIPROJ/WEB de la Secretaría Jurídica Distrital, se reportaron un total de 865 procesos judiciales registrados en dicha plataforma, entre los cuales se encuentran: procesos judiciales, acciones constitucionales (tutelas) y MACS (Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos) relacionados así: el 66,36 %, es decir, 574 procesos, se encuentran activos y/o en diferentes actuaciones judiciales y el 33.64% restante equivalente a 304 procesos se encuentran en estado terminado.</p> <p>De conformidad con lo anterior, las actuaciones judiciales y tutelas fueron atendidas en los tiempos establecidos por la normatividad vigente.</p>
Oportunidad en la atención de los procesos administrativos sancionatorios de la Subred Occidente ESE	90%	100%	<p>En la Oficina Asesora Jurídica se encuentran activos 281 procesos administrativos sancionatorios originados por incumplimientos de los atributos de la calidad en salud evaluados por la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Bogotá.</p> <p>Según la información que reposa en el aplicativo SIPROJ/WEB, cada uno de los procesos antes mencionados se encuentran atendidos oportunamente en los términos legales, evidenciando un cumplimiento del 100%.</p>
Oportunidad requerimientos de autoridades o del cliente interno Subred Occidente ESE	15 días	12,5 días 100%	<p>De conformidad con la información que reposa en el aplicativo, la Oficina Asesora Jurídica informa que se da cumplimiento dentro los 10 días planteados en la meta para el 80 % de las solicitudes. De igual forma advierte que, en todo caso, el 20% de los requerimientos restantes fueron atendidos dentro del término de ley.</p>
Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico Subred Sur Occidente ESE	85%	100%	<p>Durante la vigencia 2022 se evidencia la capacitación de 126 colaboradores de la Subred en temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención del daño antijurídico.</li> <li>▪ Supervisión de los contactos.</li> </ul> <p>Así las cosas, y de conformidad con la información que reposa en el aplicativo, la Oficina Asesora Jurídica cumplió con la meta establecida.</p>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo un 100% de cumplimiento frente a las actividades descritas en el Plan de Acción Anual Institucional 2022.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Los indicadores de “oportunidad en la atención ...” están planteados en términos de oportunidad; sin embargo, una vez revisadas las evidencias e indagado con la persona responsable delegada por el área, se evidencia que los aplicativos desde donde se toma la información no permite validar el tiempo en el cual se emite la respuesta. Por ende, no es posible determinar si la respuesta se emitió oportunamente y, en consecuencia, las evidencias aportadas son insuficientes. Así las cosas, se recomienda buscar la forma en que la información puede tener una correcta validación.

Se recomienda que la meta de los indicadores “Oportunidad de atención en las acciones judiciales ...” y “Oportunidad en la atención de los procesos administrativos sancionatorios ...” se modifique y se fije en un 100%. Lo anterior, debido a que si las acciones judiciales o los procesos sancionatorios no se responden en el término fijado, dejan expuesta jurídicamente a la entidad.

Frente al cumplimiento del indicador “Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico” se observó que el total de colaboradores de la Subred supera los 1.000. En ese sentido, se debe realizar un esfuerzo mayor a efectos obtener una mayor cantidad de personas se adhieran o conozcan el programa prevención de daño antijurídico.



**IVÁN RAMIRO ACOSTA PUENTES**  
Auditor – Profesional Especializado OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: **OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

**PROCESO:** 16. Control Interno Disciplinario

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Implementar acciones preventivas y de autocontrol, encaminadas a sensibilizar a los funcionarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., respecto de la incursión en conductas o comportamientos con presunta incidencia disciplinaria, a la luz del contenido normativo de la Ley 1952 de 2019 modificada parcialmente por la Ley 2094 de 2021.

Conocer en etapa de instrucción, las acciones disciplinarias contra servidores y ex servidores por el incumplimiento de deberes, omisión o extralimitación de funciones, violación de prohibiciones, e incursión en el régimen de inhabilidades o incompatibilidades contemplado en la ley, a fin de propender por el correcto ejercicio de la función pública de los agentes estatales que conforman la Entidad.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Estrategias adelantadas para la Implementación del Plan Preventivo Disciplinario La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta Subred Sur Occidente E.S.E.	50%	100%	<p>Para su cumplimiento en el primer trimestre se proyectaron tres estrategias de acuerdo con su programación, las cuales, se pueden evidenciar en el informe de reconocimiento de cada trimestre. En el segundo trimestre se ejecutó las actividades de cuatro tipos disciplinarios (piezas comunicativas y divulgación en redes sociales y 5 jornadas de sensibilización las cuales fueron ejecutadas como se evidencia en el análisis - informe Plan de Acción Anual OCID 2 trimestre 1 semestre de 2022. Para el tercer trimestre se realizaron visitas de reconocimiento a las unidades de servicios de Salud USS, centros de atención prioritaria -CAPS y sede Administrativa. En el cuarto trimestre se realizó el Plan de Acción Anual Oficina Control Disciplinario periodo 2022.</p> <p>Indicador: Se evidenció cumplimiento de las estrategias para el primer trimestre 3 estrategias, segundo trimestre 2 estrategias, tercer trimestre 2, cuarto trimestre 2, para un total de 9 estrategias que se ejecutaron para la implementación del plan preventivo disciplinario; de las cuales, 9 estrategias fueron programadas para su implementación.</p> <p>Meta del indicador: 50%. Cumplimiento del indicador: 100%</p>
Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario por parte de colaboradores y funcionarios Subred Sur Occidente ESE	70%	100%	<p>La medición de la adherencia al plan preventivo disciplinario por parte de los colaboradores y funcionarios en la Subred Sur Occidente ESE para el primer semestre fue de 92,4% y en el segundo semestre de 83,8%, con una meta del indicador del 70%, donde el número de criterios con calificación superior fue mayor del 80%. Cumplimiento del indicador 100%.</p> <p>En consecuencia, a través del plan preventivo Disciplinario de la Oficina de Control Interno Disciplinario se creó esta herramienta que pretende generar una cultura a la prevención y autocontrol en los servidores de la Subred Sur Occidente ESE, respecto de comportamientos que puedan entorpecer el ejercicio de la función pública, tal como se evidencia en el Plan Preventivo Disciplinario dispuesto en el aplicativo Almera con código 16-00-PL-001 de fecha 14-12-2021, donde se estableció una meta estratégica para el 2024 del 100% de Adherencia al Plan Disciplinario para su cumplimiento.</p> <p>Se establecieron cinco (5) estrategias como son: (1) visitas de reconocimiento a los puntos de atención, (2) identificación de conductas con aparente reproche disciplinario en cada punto de atención, (3) visitas de reconocimiento en cada punto de atención</p>



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			y estructuración del cronograma, (4) piezas comunicativas y divulgación en las redes sociales, (5) jornadas de sensibilización. Los soportes se evidencian en el cuarto trimestre en el aplicativo Almera: acta Plan de Acción Anual - Plan Preventivo Disciplinario, cronograma, folleto abecé, invitaciones a sesiones virtuales, pantallazos de internet, divulgación de claves para ser un colaborador 10, registros fotográficos, jornadas de sensibilización, listas de asistencia, respuestas requerimientos, solicitud de divulgación.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2022.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Dar continuidad al plan preventivo disciplinario, a fin de lograr mayor divulgación entre los funcionarios y colaboradores de la Subred Sur Occidente en procura de total adherencia a lo establecido en la Ley 2094 de 2021.

 <b>JOSÉ WILLIAM FORERO JIMÉNEZ</b> Auditor - Profesional OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
--	--

DEPENDENCIA: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**PROCESO:** 17. Control Interno

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Evaluar de forma independiente y objetiva el sistema de control interno, la gestión integral del riesgo y el gobierno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., a través de auditorías basadas en riesgos, cumpliendo los lineamientos normativos y ejecutando mejores prácticas en el desempeño de los roles de la Oficina de Control Interno, para el fomento de una cultura de control, generando valor y contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad.


COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Informes de auditorías internas emitidos y publicados, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Se emitieron y publicaron los nueve (9) informes de las nueve (9) auditorías internas que estaban programados para la vigencia 2022.
Informes de Ley o cumplimiento normativo y/o de Seguimiento emitidos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE.	100%	100%	Se elaboraron, presentaron y emitieron los informes, seguimientos y evaluaciones que estaban programados para la vigencia 2022.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	


**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo un cumplimiento general del 100%.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el Plan Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno y atender las actividades aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno

DEPENDENCIA: **DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

**PROCESO:** 18. Gestión de Contratación

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Adelantar los procesos precontractuales, contractual y poscontractual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Capacitar a los colaboradores designados como supervisores	80%	100%	<p>Durante la vigencia 2022 se evidencia la capacitación de 126 colaboradores de la Subred en temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estatuto y Manual de Contratación.</li> <li>▪ Responsabilidades del Supervisor.</li> <li>▪ Funciones del supervisor.</li> <li>▪ Documentos que debe verificar el supervisor.</li> <li>▪ Tiempos de solicitudes de Adiciones, Prórrogas y Modificaciones.</li> <li>▪ Justificación de la Solicitudes</li> <li>▪ SECOP II.</li> <li>▪ Liquidación de contratos.</li> <li>▪ Estructuración de procesos.</li> </ul>
Apropiación del conocimiento capacitación Supervisión contractual Subred Sur Occidente ESE	80%	100%	<p>Durante el año 2022 la Dirección de Contratación presentó un Informe de Capacitación y Apropiación por cada trimestre. En cada uno de ellos se evidencia que, una vez capacitados los colaboradores, la nota general presentó un incremento, tal como a continuación se resume:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primer trimestre: Del 82% al 90%</li> <li>▪ Segundo trimestre: Del 94% al 97%</li> <li>▪ Tercer trimestre: Del 98% al 99%</li> <li>▪ Cuarto trimestre: Del 95% al 98%</li> </ul>
Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	<p>En cumplimiento de los lineamientos de la Agencia Nacional de Contratación – Colombia Compra Eficiente, la Subred Sur Occidente debe realizar la publicación de los procesos contractuales de bienes y servicios y órdenes de prestación de servicios profesionales en el aplicativo SECOP II.</p> <p>Adicionalmente, se diligencia la matriz de control denominada “procesos contractuales”, en la cual se presenta relación del estado de cada uno de los procesos.</p> <p>Durante la vigencia 2022 publicaron de 612 procesos así: 330 en el primer semestre y 282 en el segundo semestre.</p>
Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante la EGAT y/o	70%	99,49%	<p>Según las evidencias aportadas, se incluyeron las vigencias 2019, 2020 y 2021 debido a que se realizaron adiciones a los contratos suscritos.</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE			Ahora bien, para el primer semestre de la vigencia 2022 el valor parcial de las compras fue de \$28.320.141.791, mientras que por caja menor se compraron \$133.186.931. Para el segundo semestre el valor total fue de \$50.515.490.461 y, respecto de la caja menor, el valor ascendió a \$280.274.138.  Así las cosas, para el primer semestre las compra por medios electrónicos correspondieron a 99,53 % y, para el segundo, fue de 99,45 %.  En conclusión, las compras por medios electrónicos (SECOPI y tienda virtual) correspondieron al 99,49 %, lo que evidencia que se cumplió la meta propuesta.
Liquidación de contratos de bienes y servicios Subred Sur Occidente ESE.	50%	100%	Durante la vigencia 2022 se gestionó la liquidación de 57 contratos y la meta planteada correspondía al mismo número de acuerdos jurídicos. Por tal razón, se evidenció el cumplimiento del 100 % de la meta planteada.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99,90%</b>	

**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo un 99,90% de cumplimiento frente a las actividades descritas en el Plan de Acción Anual Institucional 2022.

**RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

- Se debe conocer el número total supervisores que tiene la Subred (universo) a efectos de poder verificar el porcentaje de ellos que realmente se capacita. Por ende, no fue posible validar si se alcanzó realmente la meta planteada.  
**NOTA:** La Oficina de Control Interno no evidencia diferencias entre las actividades ejecutadas para el cumplimiento de los indicadores “Capacitar a los colaboradores designados como supervisores” y “Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual”. Por tal razón, recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que, al parecer, evalúan lo mismo y para los cuales se presentan soportes de cumplimiento similares.
- Se debería incluir dentro de la matriz de procesos contractuales los contratos de prestación de servicios profesionales y/o personales y no solo los que corresponden a bienes y/o servicios. Lo anterior, a efectos de que se pueda validar el verdadero porcentaje de publicación de los procesos contractuales mediante la selección de una muestra aleatoria.
- Es necesario replantear la fórmula de cumplimiento del indicador “Liquidación de contratos de Bienes y Servicios”, puesto que no debe ser:  $(\text{Número de contratos liquidados vigencias anteriores} / \text{Número Total de contratos identificados de vigencias anteriores}) * 100$  sino  $(\text{Número de contratos finalizados sin perder competencia} / \text{Número Total de contratos liquidados}) * 100$ . Lo primero que se debe señalar es que la palabra “identificados” es subjetiva ya que no establece cómo o bajo qué términos se identifica un contrato y, adicionalmente, el indicador propuesto no solo

permite llevar el control de los contratos finalizados sino también liquidar los mismos dentro del plazo máximo establecido.



**IVÁN RAMIRO ACOSTA PUNTES**  
Auditor – Profesional Especializado OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
Jefe Oficina de Control Interno