

**N° INFORME:** OCI-SISSO-IL-2023-08

**DENOMINACIÓN DEL TRABAJO:** Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C. a 31/12/2022

**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

Angélica del Pilar Sánchez Pacheco, Profesional Universitario - OPS

Lina Tatiana Cardozo Perdomo, Profesional Universitario - OPS

Iván Ramiro Acosta Puentes, Profesional Especializado - 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, (...)”*

## I. OBJETIVO(S)

Verificar el grado de avance y cumplimiento de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento derivado de las auditorías realizadas por la Contraloría de Bogotá D.C. a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## II. ALCANCE

Verificación de los avances gestionados al interior de cada una de las dependencias organizacionales con respecto a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C., con corte a 31 de diciembre de 2022.

## III. MARCO NORMATIVO

**Resolución Reglamentaria N° 036 de 2019** - Contraloría de Bogotá D.C. *“Por la cual se reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control fiscal a la Contraloría de Bogotá D.C., (...)”*.

**Decreto 1083 de 2015**, artículo 2.2.21.4.9 “Informes”, literal i. *“De seguimiento al plan de mejoramiento, de las contralorías.”* adicionado por el artículo 16 del Decreto 648 de 2017.

## IV. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Mediante la Auditoría de Regularidad N° 176 PAD 2022 la Contraloría de Bogotá D.C. en cuanto a resultados del Factor Plan de Mejoramiento (numeral 3.1.2 del informe de auditoría) determinó lo siguiente: *“(…) En la revisión se determinó que la Subred (...) Sur Occidente E.S.E. al 29 de julio de 2022, según el módulo de consulta SIVICOF, presenta ciento treinta y cinco (135) acciones abiertas y diez (10) acciones en estado incumplidas. Se evaluaron ciento cuarenta y cinco (145) acciones correspondientes al 100% de las acciones que tenían fecha de vencimiento con corte 29 de julio de 2022, las que constituyen el universo de las acciones a evaluar. (...) Como resultado de la verificación de las acciones adelantadas por la Subred (...) Sur Occidente E.S.E y a efectos de establecer su cumplimiento (EFICACIA), así como la (EFECTIVIDAD) que determina el nivel de mitigación de la causa raíz que originó el hallazgo, se establecieron ciento cuarenta y dos (142) acciones cumplidas efectivas y tres (3) acciones cumplidas inefectivas para las cuales se formularon nuevos hallazgos en los factores correspondientes (...).*

*El promedio de la calificación total de la eficacia y la efectividad de las acciones evaluadas arrojan un resultado del 89%, por lo tanto, se considera que la entidad cumplió el Plan de Mejoramiento en dicho porcentaje, teniendo en cuenta lo señalado en el artículo Décimo Cuarto de la Resolución Reglamentaria No. 036 del 20 de septiembre de 2019 de la Contraloría de Bogotá D.C.”*

Teniendo en cuenta lo antes mencionado y en cumplimiento del párrafo del artículo décimo de la Resolución Reglamentaria N° 036 emitida por Contraloría de Bogotá D.C. el 20 de septiembre de 2019, el cual dispone: "La Oficina de Control Interno del sujeto de vigilancia y control fiscal o quien haga sus veces, en cumplimiento de los roles establecidos en las normas vigentes, específicamente en su función evaluadora y de seguimiento, realizará la verificación del plan de mejoramiento, para determinar las acciones cumplidas, de lo cual dejará los registros y soportes correspondientes", la Oficina de Control Interno llevó a cabo el seguimiento y verificación del cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento derivado de la Auditoría de Regularidad N° 176 de 2022 realizada por la Contraloría de Bogotá D.C., el cual fue formulado por la Subred Sur Occidente el 28 de octubre de 2022 y reportado a través del Sistema de Vigilancia y Control Fiscal -SIVICOF a la Contraloría de Bogotá D.C. En dicha auditoría, la Contraloría de Bogotá D.C. identificó dieciséis (16) hallazgos, para los cuales, la Subred Sur Occidente formuló igual número de acciones, quedando compuesto el plan de mejoramiento de la siguiente manera:

N°	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	VALOR META	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
3.2.1.1	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL POR VALOR DE \$204'158.499 Y PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR FALTA DE GESTIÓN PARA REINTEGRAR A LAS FARMACIAS Y ALMACENES DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E, LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS FARMACIAS DE LAS PENITENCIARIAS LA PICOTA, LA MODELO Y EL BUEN PASTOR EN BOGOTÁ	ADELANTAR EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO No 84940-0089-2021 A FIN DE HACER EL BALANCE FINANCIERO Y COBRAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ENTREGADOS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE DICHO CONTRATO, CON SU POSTERIOR DESCARGUE DE LOS INVENTARIOS DE LA ENTIDAD, Y QUEDAR A PAZ Y SALVO	1	2022-11-01	2023-06-30
3.2.1.2	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN REPORTADA EN EL SIVICOF	REVISAR Y FORTALECER LOS PUNTOS DE CONTROL DEL PROCESO DE REPORTE DE INDICADORES DEL PAA APLICANDO LISTAS DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN DEL DATO Y DEL CARGUE EN LA PLATAFORMA SIVICOF	1	2022-11-01	2023-06-30
3.2.1.3	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA INADECUADA PLANEACIÓN Y FALTA DE GESTIÓN PARA PONER EN USO LOS EQUIPOS DESTINADOS A LA DOTACIÓN DE LA UHMES TINTAL Y EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL TINTAL	INSTALAR Y PONER EN FUNCIONAMIENTO LOS EQUIPOS DESTINADOS A LA DOTACIÓN DE LA UHMES TINTAL, UNA VEZ SE REALICEN LAS OBRAS DE ADECUACIÓN DE ESTA ÁREAS.	1	2022-11-01	2023-03-30
3.2.1.4	HALLAZGO ADMINISTRATIVO POR EL NO CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL - PDI PARA LA META NO. 33 "CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA DE LA SUBRED"	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO FORMULADO PARA LA VIGENCIA	93	2022-11-01	2023-02-28
3.2.1.5	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA DEFICIENTE GESTIÓN DE LA SUBRED PARA ADECUAR Y DAR USO A LAS CUATRO (4) SALAS DE CIRUGÍA, EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN Y LA UNIDAD	REALIZAR LA OBRA DE ADECUACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS SALAS DE CIRUGÍA Y LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UBICADAS EN EL SEGUNDO PISO DE LA UNIDAD	1	2022-11-01	2023-03-30

Nº	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	VALOR META	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	DE CUIDADOS INTENSIVOS UBICADAS EN EL SEGUNDO PISO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA MÉDICA ESPECIALIZADA - UHMES TINTA	HOSPITALARIA MÉDICA ESPECIALIZADA - UHMES TINTAL			
3.2.2.1	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON INCIDENCIA FISCAL POR VALOR DE \$271'544.379 Y PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR FALTA DE FACTURACIÓN DE TRASLADOS Y VALORACIONES MÉDICAS REALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA - APH	REALIZAR EL TRÁMITE ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y JURÍDICO ANTE LAS EPS Y/O IPS VITAL LIFE SAS Y LÍNEA MÉDICA DE AMBULANCIAS SAS, CON EL FIN DE FACTURAR LOS SERVICIOS PRESTADOS.	80	2022-11-01	2023-08-30
3.2.2.2	HALLAZGO ADMINISTRATIVO POR REALIZACIÓN DE PRÓRROGAS DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO. 7795 - 2021	GENERAR UNA ALERTA SEMANAL SOBRE LOS VENCIMIENTOS CONTRACTUALES AL INTERIOR DE LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	1	2022-11-01	2023-06-30
3.2.2.3	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE CREAR Y CONFORMAR EXPEDIENTES DE ARCHIVO CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS Y ACTUACIONES CONTRACTUALES	IMPLEMENTAR UN PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DEL LOS EXPEDIENTES CONTRACTUALES	1	2022-11-01	2023-06-30
3.2.2.4	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR INCUMPLIR EL MANUAL DE CONTRATACIÓN EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO 491-2021	FORTALECER LA ADHERENCIA AL INTERIOR DE LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DEL ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN	1	2022-11-01	2023-06-30
3.3.1.1	HALLAZGO ADMINISTRATIVO CON PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR LA FALTA DE GESTIÓN DE COBRO OPORTUNO, QUE HA PERMITIDO QUE LAS CUENTAS POR COBRAR MAYORES A 360 DÍAS SE HAYAN INCREMENTADO EN \$9.218'695.879	REVISAR Y/O ACTUALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE GESTIÓN DE INGRESOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, QUE CONTEMPLA EL PROCESO PREVIO DE COBRO DE CARTERA PARA AQUELLAS EPS QUE SE ENCUENTREN EN MEDIDA ESPECIAL O INTERVENCIÓN, CON ANTERIORIDAD A SU LIQUIDACIÓN, ACTUALIZANDO LA MATRIZ DE TRAZABILIDAD DE LAS ERP DE ACUERDO A LOS SALDOS, MOVIMIENTOS Y CIRCULARIZACIONES, PARA SER REMITIDA A COBRO COACTIVO.	1	2022-11-01	2023-06-30
3.3.1.2	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR FALTA DE GESTIÓN PARA LA DEPURACIÓN DE LOS REGISTROS PRESENTADOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2021, EN LA SUBCUENTA PRÉSTAMOS POR MEDICAMENTOS QUE ASCIENDE A LA SUMA DE \$1.231'234.464	REALIZAR MESAS DE TRABAJO CON LAS CUATRO SUBREDES DE SERVICIOS DE SALUD PARA DEFINIR LA METODOLOGÍA DE CRUCE DE LOS PRESTAMOS A FIN DE DISMINUIR EL SALDO DE LA CUENTA	70	2022-11-01	2023-06-30
3.3.1.3	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR FALTA DE CONTROL AL DETERMINARSE QUE LOS BIENES INMUEBLES, REGISTRADOS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ENTIDAD, PRESENTAN DIFERENCIA ENTRE LOS REPORTES DE LOS ESTADOS FINANCIEROS Y EL ÁREA DE ACTIVOS FIJOS	CARGAR CONCILIACIONES ENTRE CONTABILIDAD Y ACTIVOS FIJOS A DICIEMBRE 2021, LIBROS AUXILIARES Y CUENTA FISCAL DONDE SE EVIDENCIA QUE NO EXISTE DIFERENCIA ENTRE LAS ÁREAS. (ALMERA, APLICATIVO PARA EL CARGUE DE EVIDENCIA)	1	2022-11-01	2023-06-30
3.3.1.4	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR FALTA DE GESTIÓN Y CONTROL PARA ESTABLECER LA SITUACIÓN JURÍDICA REAL DE TERRENOS Y EDIFICACIONES EN DONDE FUNCIONAN CENTROS DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A CARGO DE LA SUBRED	REALIZAR EL ESTUDIO DE TÍTULOS DE LOS PREDIOS USS PUERTA DE TEJA, USS SAN BERNARDINO, USS ALQUERÍA Y USS PATIO BONITO. CON EL FIN DE DEFINIR LA TITULARIDAD DE LOS INMUEBLES EN MENCIÓN Y SANEAR JURÍDICAMENTE LOS MISMOS.	1	2022-11-01	2023-06-30

Nº	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	VALOR META	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.				
3.3.1.5	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, POR NO DETERMINARSE LA RAZÓN DEL REGISTRO EN LA SUBCUENTA, OTRAS PROVISIONES - 279090 "MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS", POR VALOR DE \$8.095'468.492, SITUACIÓN QUE CAUSA INCERTIDUMBRE EN EL SALDO TOTAL DE LA CUENTA	REALIZAR EL AJUSTE CORRESPONDIENTE DEL REGISTRO REALIZADO TOMANDO LAS PRETENSIONES INICIALES DEL REPORTE SIPORJ EN LA VIGENCIA 2021.	1	2022-11-01	2023-06-30
3.3.1.6	HALLAZGO ADMINISTRATIVO, CON INCIDENCIA FISCAL EN CUANTÍA DE \$11'005.864 Y PRESUNTA INCIDENCIA DISCIPLINARIA, POR CONCEPTO DE PAGO DE MULTAS IMPUESTAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS CLÍNICOS EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, MEDIANTE LA ESTRATEGIA MENTORING	1	2022-11-01	2023-02-28
3.3.4.1	HALLAZGO ADMINISTRATIVO POR DEFICIENCIA EN EL PROCESO DE RECAUDO EN EL RUBRO DE CUENTAS POR COBRAR DE LA VIGENCIA 2021, DE ACUERDO CON LA META PROYECTADA EN LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS	INFORMAR A LOS DIFERENTES ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE ORDEN NACIONAL, LA AFECTACIÓN ECONÓMICA QUE SE GENERA EN LAS ESE, POR EL NO PAGO OPORTUNO DE DICHAS ACREENCIAS, RECOMENDANDO MESAS DE CONCILIACIÓN MÁS DINÁMICAS, DONDE LOS COMPROMISOS DE PAGO QUE SE ESTABLECEN EN LAS MISMAS SE CUMPLAN EN TIEMPO Y DINERO DE ACUERDO CON LO PACTADO	1	2022-11-01	2023-06-30

Fuente: Reporte extraído de SIVICOF el 10/01/2023

Como se puede observar en la tabla anterior, de las dieciséis (16) acciones de mejora, dos (2) tienen fecha de finalización el 28/02/2023, dos (2) el 30/03/2023, once (11) el 30/06/2023 y una (1) el 30/08/2023. En ese orden de ideas, a continuación, se detalla el nivel de avance o cumplimiento con corte al 31/12/2022 identificado durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno y reportado en SIVICOF, iniciando con las fechas de terminación más próximas:

No	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO	NIVEL AVANCE OC a 31/12/2022
3.2.1.4	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO FORMULADO PARA LA VIGENCIA	2023-02-28	Se realizó seguimiento y análisis a la ejecución del Indicador Plan de Mantenimiento para el cuarto trimestre de la vigencia 2022, el cual presentó un cumplimiento del 99,05%, se cuenta con los soportes respectivos en Almera. Adicionalmente, al verificar el indicador en Almera del PLAN DE DESARROLLO Plan de Acción Institucional para la vigencia 2022 de la Subred Sur Occidente Indicador: PAAI 14 38, Indicador: Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE se evidencia cumplimiento de la meta estratégica al 2022/12/31.	80%
3.3.1.6	FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS CLÍNICOS EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, MEDIANTE LA ESTRATEGIA MENTORING	2023-02-28	Se observó informes de acompañamiento estrategia Mentoring de junio a dic 2022 con objetivo Contribuir con el desarrollo del potencial profesional, técnico y potencial de los colaboradores profesionales y técnico auxiliares en enfermería y otras ramas de la salud que realizan la prestación de los servicios en Subred para garantizar la transferencia de conocimiento de las mejores prácticas	60%

No	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO	NIVEL AVANCE OC a 31/12/2022
			clínicas. Los informes contienen listados de colaboradores acompañados y que recibieron socialización en gestión del riesgo clínico, el resultado de adherencia hecha por PAMEC guías de práctica clínica.	
3.2.1.3	INSTALAR Y PONER EN FUNCIONAMIENTO LOS EQUIPOS DESTINADOS A LA DOTACIÓN DE LA UHMES TINTAL, UNA VEZ SE REALICEN LAS OBRAS DE ADECUACIÓN DE ESTA ÁREAS.	2023-03-30	Se suscribió el contrato 8707-0222, el cual fue prorrogado hasta el 15/03/2023 con el objeto de finalizar las obras de adecuación, a efectos de cumplir la acción fijada en el plan de mejoramiento.	10%
3.2.1.5	REALIZAR LA OBRA DE ADECUACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS SALAS DE CIRUGÍA Y LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UBICADAS EN EL SEGUNDO PISO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA MÉDICA ESPECIALIZADA - UHMES TINTAL	2023-03-30	Se suscribió el contrato 8707-0222, el cual fue prorrogado hasta el 15/03/2023 con el objeto de finalizar las obras de adecuación, a efectos de cumplir la acción fijada en el plan de mejoramiento.	13%
3.2.1.1	ADELANTAR EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO NO. O NO. 84940-0089-2021 A FIN DE HACER EL BALANCE FINANCIERO Y COBRAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ENTREGADOS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE DICHO CONTRATO, CON SU POSTERIOR DESCARGUE DE LOS INVENTARIOS DE LA ENTIDAD, Y QUEDAR A PAZ Y SALVO	2023-06-30	El entregable pactado corresponde a: un Acto administrativo despacho de depuración en Dinámica - Acta de conciliación. El correo observado solo demuestra la gestión para llegar al mismo; sin embargo, (i) el correo observado no fue cargado en el aplicativo y (ii) el mismo no corresponde a la evidencia mediante la cual se debe lograr demostrar el cumplimiento de la acción.	10%
3.2.1.2	REVISAR Y FORTALECER LOS PUNTOS DE CONTROL DEL PROCESO DE REPORTE DE INDICADORES DEL PAA APLICANDO LISTAS DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN DEL DATO Y DEL CARGUE EN LA PLATAFORMA SIVICOF	2023-06-30	En la gestión adelantada no se está dando claridad del número de indicadores de gestión a los cuales se les hará seguimiento y que serían reportados en el Formato Electrónico CB 0404 Indicadores de Gestión. Así mismo, se debe informar cuáles son los puntos de control del proceso de reporte de indicadores del PAA, y al finalizar la tarea, se hace necesario anexar las listas de chequeo de verificación del dato debidamente diligenciadas (el documento anexo está vacío) y, final mente, una vez realizado y cargado el reporte en la plataforma SIVICOF, incorporar el soporte.	10%
3.2.2.2	GENERAR UNA ALERTA SEMANAL SOBRE LOS VENCIMIENTOS CONTRACTUALES AL INTERIOR DE LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	2023-06-30	Se remitió correo en donde (i) se advierte que la fecha no se registran avances y (ii) se recuerda la fecha de finalización para el cumplimiento de la acción.	0%
3.2.2.3	IMPLEMENTAR UN PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DEL LOS EXPEDIENTES CONTRACTUALES	2023-06-30	Se remitió correo en donde (i) se advierte que la fecha no se registran avances y (ii) se recuerda la fecha de finalización para el cumplimiento de la acción.	0%
3.2.2.4	FORTALECER LA ADHERENCIA AL INTERIOR DE LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DEL ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN	2023-06-30	Se remitió correo en donde: (i) se advierte que no se registran avances, (ii) se recuerda la fecha de finalización para el cumplimiento de la acción y (iii) se recomendó que el entregable fuera complementado con evaluaciones (virtuales o en capacitaciones) y seguimientos periódicos mediante los cuales se pudiera medir realmente el fortalecimiento establecido en la acción de mejora.	0%
3.3.1.1	REVISAR Y/O ACTUALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE GESTIÓN DE INGRESOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, QUE CONTEMPLA EL PROCESO PREVIO DE COBRO DE CARTERA PARA AQUELLAS EPS QUE SE ENCUENTREN EN MEDIDA ESPECIAL O INTERVENCIÓN, CON ANTERIORIDAD A SU LIQUIDACIÓN, ACTUALIZANDO LA MATRIZ DE TRAZABILIDAD DE LAS ERP DE	2023-06-30	Los documentos adjuntos y el proceso realizado no subsanan el hallazgo porque el instructivo de Auditoría en línea y el de Facturación brindan un paso a paso que se debe seguir para realizar y mejorar el proceso interno, y no está dando respuesta a la acción de mejora. No se evidenció revisión o actualización del Manual de Ingresos donde se acredite previo de cobro de cartera a EPS con medida especial o intervención, con anterioridad a su liquidación y tampoco la matriz de trazabilidad de las ERP de acuerdo con los saldos, movimientos y circularizaciones para ser remitida a cobro coactivo.	20%

No	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO	NIVEL AVANCE OC a 31/12/2022
	ACUERDO A LOS SALDOS, MOVIMIENTOS Y CIRCULARIZACIONES, PARA SER REMITIDA A COBRO COACTIVO.			
3.3.1.2	REALIZAR MESAS DE TRABAJO CON LAS CUATRO SUBREDES DE SERVICIOS DE SALUD PARA DEFINIR LA METODOLOGÍA DE CRUCE DE LOS PRÉSTAMOS A FIN DE DISMINUIR EL SALDO DE LA CUENTA	2023-06-30	Se observó la realización de mesas de trabajo con la Subred Sur en dic 2022 y ene 2023 para definir la metodología de cruce de los préstamos y así disminuir el saldo de la subcuenta Préstamos por Medicamentos. Se observaron actas de reunión, listados de asistencia, invitaciones por escrito de reunión de acercamiento con las Subredes Norte y Centro Oriente. Se observó proyección de prueba piloto del sistema de información Dinámica Gerencial para realizar la depuración de saldos y ajustes pertinentes. Continuar mesas de trabajo para realizar la depuración del saldo de la cuenta a lo proyectado.	50%
3.3.1.3	CARGAR CONCILIACIONES ENTRE CONTABILIDAD Y ACTIVOS FIJOS A DICIEMBRE 2021, LIBROS AUXILIARES Y CUENTA FISCAL DONDE SE EVIDENCIA QUE NO EXISTE DIFERENCIA ENTRE LAS ÁREAS. (ALMERA, APLICATIVO PARA EL CARGUE DE EVIDENCIA)	2023-06-30	Se observaron conciliaciones entre contabilidad y activos fijos a dic 2021, coincidiendo el valor registrado en libros y la conciliación de activos fijos. Se debe documentarse a detalle los valores registrados en el rubro Terrenos, Edificaciones, Construcciones en Curso, ya que para el organismo de control no fue válido el argumento de los soportes entregados durante la auditoría, ya que hizo entrega del inventario independientemente de la fecha de corte, los predios relacionados fueron los registrados antes de 2021 y no a los nuevos predios adquiridos en 2022. Ampliar detalle de conciliación.	50%
3.3.1.4	REALIZAR EL ESTUDIO DE TÍTULOS DE LOS PREDIOS USS PUERTA DE TEJA, USS SAN BERNARDINO, USS ALQUERÍA Y USS PATIO BONITO, CON EL FIN DE DEFINIR LA TITULARIDAD DE LOS INMUEBLES EN MENCIÓN Y SANEAR JURÍDICAMENTE LOS MISMOS.	2023-06-30	Se observó información que evidencia la ejecución y avance en el cumplimiento de la acción (Formato de estudios de títulos). Respecto del resto de los seguimientos reportados no existe soporte: (i) Información de los predios a Registro, DADEP, Hacienda y catastro de los predios USS 63 Alquilería y USS San Bernardino y (ii) copias de los recibos públicos de los predios Puerta Teja y Patio Bonito.	20%
3.3.1.5	REALIZAR EL AJUSTE CORRESPONDIENTE DEL REGISTRO REALIZADO TOMANDO LAS PRETENSIONES INICIALES DEL REPORTE SIPORJ EN LA VIGENCIA 2021.	2023-06-30	El documento cargado en el aplicativo permite evidenciar que el plan de mejoramiento se cumplió dentro del término establecido. De igual forma, se logró demostrar que se realizó el ajuste contable respecto de las pretensiones iniciales del reporte SIPORJ correspondientes a la vigencia 2021.	100%
3.3.4.1	INFORMAR A LOS DIFERENTES ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE ORDEN NACIONAL, LA AFECTACIÓN ECONÓMICA QUE SE GENERA EN LAS ESE, POR EL NO PAGO OPORTUNO DE DICHAS ACRENCIAS, RECOMENDANDO MESAS DE CONCILIACIÓN MÁS DINÁMICAS, DONDE LOS COMPROMISOS DE PAGO QUE SE ESTABLECEN EN LAS MISMAS SE CUMPLAN EN TIEMPO Y DINERO DE ACUERDO CON LO PACTADO	2023-06-30	Las actividades registradas como avance en su cumplimiento y las evidencias aportadas no tienen correspondencia ni coherencia con la acción de mejoramiento definida.	0%
3.2.2.1	REALIZAR EL TRÁMITE ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y JURÍDICO ANTE LAS EPS Y/O IPS VITAL LIFE SAS Y LÍNEA MÉDICA DE AMBULANCIAS SAS, CON EL FIN DE FACTURAR LOS SERVICIOS PRESTADOS.	2023-08-30	En el mes de diciembre el equipo de facturación realizó la revisión de 979 soportes consolidando las variables definidas, organizando los soportes clínicos y administrativos encontrados en SIIES y remitidos por el equipo de APH. La acción ejecutada no subsana el hallazgo; es importante dar mayor claridad y alcance a lo que se está ejecutando con la lista de Excel y los soportes de las carpetas. No se evidencia si se ha establecido una alianza estratégica con las empresas contratistas para poder facturar los servicios que se brindan. Tener en cuenta Circular 067 de 2010 Supersalud.	20%

El resultado de este seguimiento y verificación con corte al 31 de diciembre de 2022, fue reportado por esta Oficina a través del Sistema de Vigilancia y Control Fiscal - SIVICOF el 15 de febrero de 2023, como parte de la rendición de la cuenta anual, dando cumplimiento a los términos del reporte y características de la información establecidas por la Contraloría de Bogotá D.C.

## V. RECOMENDACIONES

- Se sugiere generar compromisos periódicos al interior de cada dependencia responsable de las acciones pendientes de ejecución (priorizando la gestión para aquellas acciones que presentan un vencimiento cercano), que permitan evidenciar el desarrollo progresivo e ininterrumpido de las actividades que garanticen el efectivo cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C.
- Se recomienda a la Entidad adelantar las gestiones pertinentes para adelantar, a la mayor brevedad posible, el registro oportuno de los avances de las acciones y el cargue de las evidencias respectivas que den cuenta de su cumplimiento antes de la fecha de terminación planeada y, así evitar el incumplimiento del plan de mejoramiento y posibles sanciones adelantadas por la Contraloría de Bogotá D.C.

**Anexo 1:** Reporte SIVICOF Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría a 31dic2022 (Nombre archivo: RpteSIVICOF-SgtoPM-31dic2021).

**Anexo 2:** Matriz Consolidada Planes de Mejoramiento Contraloría a 31dic2022 (Nombre archivo: MatrizConsolidada-PM-Contraloría 31dic2021) se puede observar la descripción de las acciones establecidas, la dependencia responsable, y otros detalles que no los genera el reporte que se obtiene del SIVICOF.

-----

Bogotá D.C., 27 de febrero de 2023



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

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