

NOTA INTERNA
SSO-2025-240-004336-3

Bogotá, 30 de julio de 2025

DE: **CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**
JEFE DE CONTROL INTERNO
OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**
GERENTE
DESPACHO DEL GERENTE

Asunto: Informe de Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C. con corte a 30/06/2025.

Respetada doctora Andrea, cordial saludo.

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoria aprobado para la vigencia 2025 y de la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, que en el Capítulo IV, aparte "SEGUIMIENTO", establece: *"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 con corte a 30/06/2025 en estado "Abierta" establecidas en los planes de mejoramiento derivados de las Auditorías con código 159 de 2023, 164 de 2024 y de la Actuación Especial de Fiscalización código 168 de 2024 realizadas por la Contraloría de Bogotá D.C., planes que fueron formulados por la Subred Sur Occidente y reportados a través del Sistema de Vigilancia y Control Fiscal -SIVICOF a la Contraloría de Bogotá D.C., por lo que, de manera atenta, le envío el Informe **de Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C.** con corte al 30/06/2025 (N° OCI-SISSO-IL-2025-19).

Respecto de la metodología utilizada para realizar este seguimiento, es importante destacar lo siguiente:

La Oficina de Control Interno realizó, en un primer momento, la evaluación de las acciones a partir del análisis de la información y de las evidencias o soportes cargados en el Sistema de Gestión Integral (aplicativo Almera) con corte al 21/06/2025, cuyos resultados preliminares fueron socializados a través de correo electrónico el 10/07/2025 a los responsables de las acciones, a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (quien hace las veces de Oficina de Planeación), y con



copia a la Gerencia y subgerencias de la Subred Sur Occidente. En esta comunicación se concedió plazo hasta el 14/07/2025 para presentar comentarios u observaciones al contenido del informe preliminar.

Como resultado de este proceso, se recibieron observaciones por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano el 10/07/2025, y por parte de la Oficina Jurídica y la Dirección de Gestión del Talento Humano el 14/07/2025.

Finalmente, considerando las observaciones recibidas y que la fecha de cierre de las acciones era el 30/06/2025, la Oficina de Control Interno efectuó una segunda verificación y análisis los días 16, 17 y 18 de julio de 2025, revisando nuevamente toda la documentación y evidencia cargada en el aplicativo Almera de cada una de las acciones de mejora cuyo porcentaje de cumplimiento fue inferior al 95% en el primer seguimiento.

Los resultados finales de este seguimiento fueron registrados en el aplicativo Almera en cada una de las Oportunidades de Mejora (OM) con ID detalladas en el informe adjunto, de conformidad con los lineamientos institucionales.

Agradezco su atención, y manifiesto nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que surja en el marco de esta auditoría de cumplimiento.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
JEFE DE CONTROL INTERNO

Anexos: 1. Informe OCI-SISSO-IL-2025-19 Seguimiento Plan Mejoramiento con Contraloría de Bogotá D.C. a 30/06/2025
2. IL-2025-19 Anexo Matriz Consolidada Seguimiento Planes de Mejoramiento Contraloría 18jul2025

Copia a: Marcia Greicy Guacaneme Valbuena - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Miembro CICSCI)
Carmen Esther Acero García- Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones (Miembro CICSCI)
Julio Alfonso Peñuela Saldaña - Jefe Oficina Asesora Jurídica (Miembro CICSCI)
Rosa Viviana Cubillos Medrano - Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (Miembro CICSCI)
Hernando Miguel Mojica Mugno - Jefe Oficina de Sistemas de Información TICs (Miembro CICSCI)
Claudia Patricia Rosero Caicedo - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
Ruby Liliana Cabrera Calderón - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)
Bertha Lucia Mora Quiñones - Subgerente Prestación de Servicios de Salud (Miembro CICSCI)

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.	
Cargo funcionario / Contratista	Nombre/Cargo
Aprobado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETAOCIOCI
Revisado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA / OCI



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI
----------------	--



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Nº INFORME: OCI-SISSO-IL-2025-19

NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA: Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C.

DESTINATARIOS¹

Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:

- Andrea Elizabeth Hurtado Neira, Gerente
- Bertha Lucía Mora Quiñones, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Ruby Liliana Cabrera Calderón, Subgerente Corporativa
- Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Carmen Esther Acero García, jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Claudia Patricia Rosero Caicedo, jefe Oficina de Calidad
- Julio Alfonso Peñuela Saldaña, jefe Oficina Jurídica
- Rosa Viviana Cubillos Medrano, jefe Oficina Participación Comunitaria 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: Deissy Nathaly Cárdenas Lemus, Profesional Especializado -OPS

I. OBJETIVO(S)

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

¹ 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, (...)”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

II. ALCANCE

Acciones abiertas a 30/04/2025 en el Sistema de Vigilancia y Control Fiscal - SIVICOF de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá D.C. y que tenían fecha de finalización el 30/06/2025.

III. MARCO NORMATIVO

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.

Resolución Reglamentaria 036 de 2023 - Contraloría de Bogotá D.C. *“Por la cual se modifica y reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal de Contraloría de Bogotá D.C. y se adopta el procedimiento interno”*.

Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces. Versión 3 de septiembre de 2023, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Numeral 4.2 *“El Plan de Mejoramiento Institucional como herramienta de prevención”*.

IV. METODOLOGÍA

En atención al mandato normativo de la Contraloría de Bogotá D.C. mediante la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, que en el Capítulo IV, aparte “SEGUIMIENTO”, establece: *“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”*, y de conformidad con el Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2025 por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (en adelante, Subred Sur Occidente), la Oficina de Control Interno mediante nota interna con radicado SSO-2025-240-002902-3 de fecha 07/05/2025 y correo electrónico de la misma fecha, informó a la Gerencia y a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional el inicio y ejecución de esta auditoría interna de cumplimiento.

El desarrollo de esta auditoría interna de cumplimiento inició con la revisión de una matriz en Excel denominada “plan mejoramiento consolidado estado de las acciones” extraída del SIVICOF el 15/05/2025 para identificar la cantidad de acciones en estado “Abierta” a 30/04/2025 a cargo de la Subred Sur Occidente, las cuales serían objeto de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Por medio de correo electrónico, el 28/05/2025 la jefe de la Oficina de Control Interno notificó a los responsables de las acciones de mejora sobre el nivel de avance observado de forma preliminar en el aplicativo Almera, con el fin de que se llevaran a cabo las acciones necesarias para garantizar su cumplimiento a la fecha de terminación planeada (30/06/2025). En dicho comunicado, se informó: *“Esta Oficina de Control Interno validará el cumplimiento a conformidad de estas acciones el 16 de junio de 2025, por lo tanto, éste será el plazo máximo para registrar sus avances y/o cumplimiento y cargar las evidencias correspondientes en el aplicativo Almera.”*

Paso seguido, la Oficina de Control Interno realizó, en un primer momento, la evaluación de las acciones a partir del análisis de la información y de las evidencias o soportes cargados en el Sistema de Gestión Integral (aplicativo Almera) con corte al 21/06/2025; los resultados preliminares fueron socializados a través de correo electrónico el 10/07/2025 a los responsables de las acciones, a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (quien hace las veces de Oficina de Planeación), y con copia a la Gerencia y subgerencias de la Subred Sur Occidente. En esta comunicación se concedió un plazo hasta el 14/07/2025 para presentar comentarios u observaciones al contenido del informe preliminar.

Como resultado de este proceso, se recibieron observaciones por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano el 10/07/2025, y por parte de la Oficina Jurídica y la Dirección de Gestión del Talento Humano el 14/07/2025.

Finalmente, considerando las observaciones recibidas y que la fecha de cierre de las acciones era el 30/06/2025, la Oficina de Control Interno efectuó una segunda verificación y análisis los días 16, 17 y 18 de julio de 2025, revisando nuevamente toda la documentación y evidencia cargada en el aplicativo Almera de cada una de las acciones de mejora cuyo porcentaje de cumplimiento fue inferior al 95% en el primer seguimiento. Los resultados consolidados y definitivos de esta auditoría de cumplimiento se presentan a continuación.

V. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función evaluadora y de seguimiento, realizó al 21/06/2025 la verificación en el aplicativo Almera del estado de avance de las acciones de mejora formuladas en los planes suscritos con la Contraloría de Bogotá D.C., y que presentaban estado “Abierta” en SIVICOF al 30/04/2025. Para ello, se revisó la matriz consolidada del plan de mejoramiento extraída del sistema SIVICOF el 15/05/2025, en la que se identificó un total de 29 acciones en estado “Abierta”, detalladas a continuación:

Auditoría Financiera y de Gestión Código 159 PAD 2023 - Vigencia evaluada 2022: cuatro (4) acciones, todas con fecha de inicio el 21/12/2023 y con fecha de terminación o final entre el 21/10/2024 y 07/12/2024.

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA FINAL
1	3.2.1.2	2	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por no haber realizado ante la oficina de registro de instrumentos públicos la tradición de los inmuebles cedidos a cualquier título por otras entidades del distrito.	Adelantar las gestiones jurídicas tendientes a la actualización de la tradición de los inmuebles a nombre de los antiguos hospitales, fusionados en la Subred Sur Occidente E.S.E., en el marco de la normatividad vigente.	2024-12-07
2	3.2.1.3	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la no depuración contable de saldos de las cuentas por pagar mayores a 360 días.	Identificar las cuentas por pagar mayores a 360 días que son susceptibles de compensación y/o acuerdos de pago.	2024-10-21
3	3.2.1.3	2	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la no depuración contable de saldos de las cuentas por pagar mayores a 360 días.	Gestionar mesas de trabajo con los acreedores para llegar a acuerdos de pago.	2024-10-21
4	3.3.1.1	1	Hallazgo administrativo por incumplimiento en el recaudo de cuentas por cobrar "Atención a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado" rubro FFDS vigencia 2022.	Continuar con las acciones de cobro y conciliación ante el MSPS y el FFDS.	2024-10-21

Fuente: Matriz de "plan mejoramiento consolidado estado de las acciones" extraída del SIVICOF el 15/05/2025

Auditoría Financiera y de Gestión Código 164 PAD 2024 - Vigencia evaluada 2023: Veinticuatro (24) acciones, todas con fecha de inicio el 18/12/2024 y fecha de terminación o final el 30/06/2025.

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
1	3.1.2.1	1	Hallazgo administrativo por reportes inexactos y omisión de lo establecido en la Circular Externa 001 del 26/01/2024, de la Contraloría de Bogotá en la rendición de la cuenta en el Sistema de Vigilancia y Control Fiscal - SIVICOF.	Elaborar e implementar una guía institucional que oriente la elaboración del documento de balance social teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos de las circulares expedidas por la Contraloría de Bogotá.
2	3.1.2.1	2		Actualizar el procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos, código 03-01-PR-0001 incluyendo un punto de control relacionado con la verificación de la consistencia de la información que se emite desde la subred; socializar la actualización y medir el conocimiento al procedimiento.
3	3.2.1.1	1	Hallazgo administrativo por mantener registros de cuentas bancarias canceladas en los estados financieros.	Conciliar en el sistema de información la desactivación de las cuentas bancarias inactivas o canceladas para que no se reflejen en la impresión del reporte del boletín de Tesorería

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
4	3.2.1.3	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$9.926.424 y presunta incidencia disciplinaria, por vencimiento de medicamentos.	Realizar la baja de medicamentos (control especial, monopolio del estado y de tenencia obligatoria), acorde con lo establecido en el procedimiento 14-03-PR-0009.
5	3.2.1.4	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por no contar con la titularidad de los predios USS puerta de teja, USS san Bernardino, USS alquería y USS patio bonito.	Adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios denominados USS puerta de teja, USS san Bernardino, USS alquería y USS patio bonito, a partir del estudio de títulos realizados.
6	3.2.1.5	1	Hallazgo administrativo por la no recuperación de los dineros representados en títulos de depósitos judiciales, con antigüedad superior a 10 años.	Actualizar el procedimiento de demandas código:15-01-PR-0004, incluyendo la actividad de hacer seguimiento sobre la entrega de títulos judiciales por remanentes o por cualquier otro concepto a favor de la entidad.
7	3.2.1.6	1	Hallazgo administrativo por falta de gestión para la depuración de la cuenta "otras cuentas por pagar".	Documentar e implementar el procedimiento administrativo de depuración contable de cuentas por pagar.
8	3.2.1.7	1	Hallazgo administrativo por incertidumbre en las subcuentas "provisión litigios y demandas" y "créditos judiciales".	Implementar el procedimiento actualizado de procedimiento realización de pagos por sentencias judiciales código: 11-03-PR-0010, en el que se incluye el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta contable 2460.
9	3.2.1.8.1	1	Hallazgo administrativo por falta de uniformidad en la presentación de la base de medición utilizada en las notas a los estados financieros	Actualizar el procedimiento de elaboración de informes contables código: 11-04-PR-0006
10	3.3.1.1	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por realizar modificaciones al presupuesto de ingresos vigencia 2023 sin el cumplimiento de requisitos.	Verificar periódicamente que los reportes de modificaciones presupuestales que se registran mensualmente en el aplicativo BOGDATA con la ejecución de ingresos, coincidan con los actos administrados correspondientes.
11	3.3.2.1	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$4.323.500 y presunta incidencia disciplinaria, por el pago de "grúa y patios" ante la inmovilización del vehículo de placas OIB377.	Documentar el procedimiento para los trámites administrativos del parque automotor de la Subred, incluyendo los puntos de control a través de los cuales se garantice la oportunidad para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos.
12	3.3.2.2	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$7.952.000 y presunta incidencia disciplinaria, por sanción de extemporaneidad en el reporte de información exógena vigencia 2020, impuesta por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN	Radicar solicitud de devolución de pagos por concepto de lo no debido de manera oportuna, ante la DIAN Departamento de grandes contribuyentes

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
13	3.3.2.3	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$3.343.897 y presunta incidencia disciplinaria, por el pago de intereses moratorios como consecuencia del no pago oportuno de sanción impuesta a la entidad por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.	Incluir en el instructivo de recepción de obras nuevas el punto de control a través del cual se garantice el cumplimiento normativo para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos.
14	3.4.1.1	1	Hallazgo administrativo por reporte de información incompleta en relación con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud implementadas y falta de precisión en la definición de indicadores del PAAI.	Integrar las RIAS para población en riesgo o sujeta a agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, con el fin de unificar los procesos de gestión del riesgo, y la visibilidad de los indicadores en los tableros de mando, lo que permitirá mejorar el seguimiento, la visibilidad y la toma de decisiones basadas en datos actualizados y consolidado
15	3.4.1.2	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por deficiencias detectadas en la ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud - PAMEC y reportes incongruentes de actividades correspondientes al subproceso sistema único de habilitación	1. Incluir un punto de control en el procedimiento de auditoría del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para garantizar que la totalidad de los informes programados queden publicados en Almera. 2. Incluir un punto de control en el procedimiento gestión de estándares de habilitación en la actividad 3, con el objetivo de garantizar que la totalidad de los informes programados más los servicios autoevaluados queden publicados en Almera.
16	3.4.1.3	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por deficiencias en la metodología implementada para la ejecución de la meta 7 del Plan de Desarrollo Institucional.	Realizar seguimiento mensual del correcto diligenciamiento del formato control entrega de medicamentos a domicilio del programa medicamentos a su casa 08-04-FO-0234 y retroalimentación de las desviaciones encontradas al talento humano responsable del diligenciamiento del mismo.
17	3.4.1.4	1	Hallazgo administrativo por incumplimiento en el plan de dignificación laboral de la planta global de la entidad, por falta de eficiencia en la gestión administrativa del talento humano.	Adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre 2024, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 1° de la Ley 1960 de 2019. Esta provisión se realizará teniendo en cuenta el análisis de las necesidades de empleos de la entidad para el cumplimiento de la misionalidad y la disponibilidad presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
18	3.4.1.5	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por no emitir respuestas de forma clara, completa y de fondo a las PQRS	Capacitación, evaluación y medición de conocimiento, a responsables de emitir las respuestas en: protocolo de investigación y respuestas a PQRS código 03-01-PT-0002 y procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos código 03-01-PR-0001
19	3.4.2.2	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$9.531.020 y presunta incidencia disciplinaria, por el pago de un mayor valor al ofertado y pactado por medicamentos en el contrato 9204-2022	1. Actualizar matriz de riesgo de contratación incluyendo el riesgo de los eventos que impactan los valores de insumos o servicios que afectan la tarifa pactada o estandarizada en el mercado, con la posibilidad de llevar a un presunto desequilibrio de la ecuación contractual. 2. Actualizar guía para la elaboración de estudio de mercado estableciendo las condiciones para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, en los contratos suscritos por la Subred.
20	3.4.2.3	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por fallas en las labores de supervisión en el contrato 9204-2022 por un funcionario diferente al inicialmente asignado para ejercer dicha función	1. Actualizar el manual de supervisión e interventoría indicando claramente las reglas sobre cuando se requiere un cambio de supervisión. 2. Actualizar el procedimiento contratación de bienes y servicios código 18-02-PR-0002 incluyendo un punto de control que garantice que quien suscribe los cumplimientos del control sea el supervisor designado. 3. Realizar capacitación sobre manual de supervisión y sobre el procedimiento contratación de bienes y servicios.
21	3.4.2.4	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$133.361.872 y presunta incidencia disciplinaria por mayores valores pagados en la facturación del contrato 3502/2023	Capacitar a los colaboradores designados como supervisores sobre las responsabilidades y consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión.
22	3.4.2.5	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la no publicación en el SECOP II de los documentos soporte de la ejecución del contrato 1521 de 2023	1. Desarrollar en el aplicativo SURESOC un nuevo punto de control, que permita al supervisor evidenciar la publicación de la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II por medio de un pantallazo cargado por el contratista. 2. Capacitar a los supervisores de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión sobre sus responsabilidades y las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión
23	3.4.2.6	1	Hallazgo administrativo con incidencia fiscal en cuantía de \$681.404.453.34 y	Realizar el pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica de acuerdo con la

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
			presunta incidencia disciplinaria, por el pago de intereses moratorios causados por el desembolso extemporáneo del valor de las condenas contenidas en 5 procesos judiciales fallados contra la Subred Sur Occidente E.S.E.	apropiación presupuestal en el rubro de pago de sentencias judiciales y al procedimiento de pago de sentencias judiciales.
24	3.4.2.7	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por incumplimiento del deber de reportar la información de los procesos judiciales en los formatos de la rendición de la cuenta anual vigencia 2023	Verificar que la información cargada en SIVICOF, corresponda a la registrada en el formato CB-información procesos judiciales.

Fuente: Matriz de “plan mejoramiento consolidado estado de las acciones” extraída del SIVICOF el 15/05/2025

Actuación Especial de Fiscalización Código 168 PAD 2024 - Vigencia evaluada 2023: Una (1) acción con fecha de inicio el 16/12/2024 y fecha de terminación o final el 30/06/2025.

Ítem	No. HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN HALLAZGO	DESCRIPCIÓN ACCIÓN
1	7.2.1.2	1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por incumplimiento de los deberes de la Supervisión del Contrato 6891 de 2022 y falencias en el procedimiento “14-07-PR-0008 Procedimiento de Respuesta en caso de Falla de Vehículo”.	Revisar e incluir en el procedimiento 14-07-PR-0008 Procedimiento de respuesta en caso de falla de vehículo”, los puntos de control a través de los cuales se garantice la verificación de los soportes relacionados con el mantenimiento y/o reparación del parque automotor de la Subred Sur Occidente E.S.E.

Fuente: Matriz de “plan mejoramiento consolidado estado de las acciones” extraída del SIVICOF el 15/05/2025

De esta Actuación Especial de Fiscalización (Código 168, PAD 2024, Vigencia evaluada 2023), es importante precisar que, esta se realizó a la Subred Sur Occidente y al Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS, donde la Contraloría de Bogotá D.C. identificó dos (2) hallazgos, de los cuales, el **hallazgo 7.2.1.1** definido por el ente de control como: “Hallazgo administrativo por no publicar en el SECOP II los soportes correspondientes a los informes presentados por la Subred Sur Occidente E.S.E., durante los meses de enero a diciembre de 2023, en el marco del Convenio Interadministrativo 2809244-21” fue cargado por el ente de control al Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS; por lo tanto, es esta entidad la que tiene la responsabilidad de definir y cumplir un plan de mejoramiento para su subsanación.

Resultados del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al plan de mejoramiento

La evaluación del avance o cumplimiento de las acciones se desarrolló mediante el análisis de evidencias documentales cargadas en el aplicativo Almera al 21/06/2025, verificando el

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

cumplimiento de los compromisos establecidos, el avance reportado por los responsables y la trazabilidad de las acciones ejecutadas.

➤ **Auditoría Financiera y de Gestión (Código 164) - PAD 2024 - Vigencia evaluada 2023.**

Veinticuatro (24) acciones, todas con fecha de inicio el 18/12/2024 y fecha de terminación o final el 30/06/2025. Al 16/07/2025 se identificaron avances parciales en varias acciones mediante la revisión documental en el aplicativo Almera; sin embargo, persisten debilidades en la trazabilidad de algunas acciones, especialmente en lo relacionado con la formalización de documentos, socialización de procedimientos, y cumplimiento de los indicadores definidos.

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
1	Hallazgo 3.1.2.1. Acción 1: Elaborar e implementar una guía institucional que oriente la elaboración del documento de balance social teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos de las circulares expedidas por la Contraloría de Bogotá. (OM - ID 3666)	Como parte del seguimiento realizado, el proceso responsable reportó el 26 de mayo de 2025 un avance relacionado con la reformulación del documento previamente elaborado como guía para la elaboración del Balance Social, ajustándolo a la estructura establecida para guías institucionales en el sistema Almera. No obstante, en la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el documento cargado correspondía a un borrador sin diligenciar en su totalidad, con campos vacíos en aspectos clave como código del documento, fecha de aprobación, responsables, registros y control de cambios. Tampoco se encontró evidencia de aprobación formal ni de validación por parte de la Oficina de Calidad, ni se aportaron pruebas de su publicación en Almera o su implementación con los equipos responsables, por lo que se asignó en ese momento un porcentaje de avance del 40%. Posteriormente, en el segundo seguimiento realizado el 7 de julio de 2025, el proceso responsable cargó en el sistema Almera el documento codificado y validado titulado "Guía para la elaboración del Balance Social", junto con el acta de visita administrativa de la Contraloría realizada con fines de seguimiento al Balance Social del año 2024, que servirá de referencia para la elaboración del documento correspondiente a la vigencia 2025. Así mismo, el 8 de julio de 2025, se anexó el acta de socialización de la guía con evidencia del desarrollo de un pretest y un postest, mediante los cuales se evaluó la apropiación del contenido y aplicación de la guía por parte del equipo responsable. Esta evidencia permite verificar que la guía fue formalizada, validada, socializada y puesta en conocimiento institucional, cumpliendo los criterios definidos en la acción formulada. En la verificación final realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable reportó la totalidad de los entregables previstos, incluyendo documento final codificado, acta de validación, publicación en Almera y registro de socialización. En consecuencia, se asigna un cumplimiento del 100%, al haberse cumplido de manera efectiva los productos e hitos establecidos.	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
2	Hallazgo 3.1.2.1. Acción 2: Actualizar el procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos, código 03-01-PR-0001 incluyendo un punto de control relacionado con la verificación de la consistencia de la información que se emite desde la subred; socializar la actualización y medir el conocimiento al procedimiento. (OM - ID 3667)	Durante el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno el 21 de junio de 2025, se verificó la actualización del procedimiento 03-01-PR-0001 con versión fechada el 29 de abril de 2025, así como el correo de validación y aprobación remitido como evidencia. Sin embargo, en esa verificación inicial no se identificaron soportes que acreditaran la socialización del procedimiento actualizado con los responsables de su implementación, ni se encontró evidencia sobre la medición del conocimiento o adherencia al mismo por parte del personal involucrado. Por esta razón, se asignó en ese momento un porcentaje de avance del 60%. En la segunda verificación, realizada el 16 de julio de 2025, el proceso responsable aportó evidencias complementarias que dan cuenta del cumplimiento integral de la acción. Se adjuntó el acta del 12 de junio de 2025, correspondiente a la jornada virtual de socialización del procedimiento, dirigida a líderes y responsables de emitir respuestas a PQRS. En dicha sesión se explicó la actualización del procedimiento y del protocolo correspondiente, detallando las actividades requeridas para una adecuada gestión y respuesta a las solicitudes ciudadanas. Así mismo, se evidenció la realización de una medición de conocimiento a través de pretest y postest aplicado a los asistentes. El pretest reflejó un nivel de conocimiento inicial del 84,76%, demostrando un adecuado nivel de apropiación del procedimiento por parte del personal implicado. Con base en lo anterior, la Oficina de Control Interno concluye que la acción fue cumplida de acuerdo a lo formulado en el plan de mejoramiento, toda vez que se dio cumplimiento a los tres componentes establecidos: actualización del procedimiento, socialización institucional y medición del conocimiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
3	Hallazgo 3.2.1.1. Acción 1: Conciliar en el sistema de información la desactivación de las cuentas bancarias inactivas o canceladas para que no se reflejen en la impresión del reporte del boletín de Tesorería. (OM - ID 3668)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó la ejecución mensual de la desactivación en el sistema de información de las cuentas bancarias canceladas o inactivas, lo cual permite la generación del boletín individual únicamente para las cuentas activas. Como soporte de esta gestión, se aportaron las siguientes evidencias: • Nota interna dirigida a la Oficina TIC solicitando la modificación del reporte general del boletín de tesorería. • Boletines individuales de las cuentas activas 007590426990, 007500996736 y 482800040347, correspondientes al mes de enero de 2025, los cuales presentan movimientos contables • Documento titulado "Cuentas bancarias canceladas e inactivadas – enero-febrero 2025", en el cual se relacionan las cuentas 007500992958 y 007501015197, ambas en estado inactivo y con saldo en cero, lo que respalda su depuración por parte del área de tesorería. No obstante, a la fecha del seguimiento, no se evidencian resultados tangibles de la modificación estructural del reporte consolidado del boletín de tesorería por parte de la Oficina TIC, ni se ha documentado la validación funcional del ajuste en el sistema institucional. Por lo anterior, se asignó un porcentaje de avance del 80%.	80%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		Se recomendó dar seguimiento a la solicitud elevada a la Oficina TIC e incorporar una funcionalidad en el sistema que excluya de manera definitiva las cuentas inactivas del boletín consolidado. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 21 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de revisión. En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 80%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la ejecución de la acción. Esta situación podría reflejar una falta de gestión o seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual podría afectar la efectividad final de la acción si no se implementan medidas correctivas oportunas antes de la fecha de cierre establecida.	
4	Hallazgo 3.2.1.3. Acción 1: Realizar la baja de medicamentos (control especial, monopolio del estado y de tenencia obligatoria), acorde con lo establecido en el procedimiento 14-03-PR-0009. (OM - ID 3669)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso responsable elaboró y ajustó el proyecto de resolución para la baja de medicamentos, el cual fue remitido a la Oficina Jurídica el 6 de febrero de 2025. Posteriormente, el 25 de febrero se envió la versión reformulada al área de Almacén y se coordinó reunión con Jurídica para su validación. Como resultado de esta gestión, se expidió la Resolución No. 394 del 21 de mayo de 2025, mediante la cual se oficializa la baja de medicamentos clasificados como de control especial, monopolio del Estado y de tenencia obligatoria. La resolución fue socializada en el Comité de Inventarios del 6 de junio de 2025, y como parte del proceso de implementación, se solicitó a las áreas financiera y contable la activación de los conceptos requeridos en el sistema de información institucional para proceder con su ejecución. No obstante, en la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se encontraron los soportes exigidos por el procedimiento 14-03-PR-0009, específicamente los que permiten verificar la ejecución física de la baja. Entre estos, se destacan: • El acta de transporte y disposición final emitida por el tercero autorizado por el Fondo Nacional de Estupefacientes. • El acta código 05-80107-29, que debe contener el listado detallado de medicamentos dados de baja, sus características, motivo de destrucción, firmas responsables, y demás datos exigidos como lote, fecha de vencimiento, número de registro INVIMA, entre otros La ausencia de esta documentación impide confirmar que la acción ha sido implementada conforme a los lineamientos técnicos establecidos, por lo cual se asigna un porcentaje de cumplimiento del 70% Se recomienda completar la acción adjuntando los soportes técnicos que evidencien la ejecución física de la baja, tal como lo exige el procedimiento institucional vigente En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 13 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.	70%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 70% , dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la ejecución de la acción. Esta situación podría reflejar una posible falta de gestión o seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual afectaría la efectividad final de la acción si no se implementan medidas correctivas antes de la fecha de cierre establecida.	
5	Hallazgo 3.2.1.4. Acción 1: Adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios denominados USS Puerta de Teja, USS San Bernardino, USS Alquería y USS Patio Bonito, a partir del estudio de títulos realizados. (OM - ID 3692)	En atención a la acción de mejora orientada a adelantar las gestiones pertinentes para legalizar la tenencia de los predios USS Puerta de Teja, USS San Bernardino, USS Alquería y USS Patio Bonito, la Oficina de Control Interno verificó la documentación y avances reportados por el proceso responsable, con corte al 27 de junio de 2025, y realizó una segunda verificación el 16 de julio de 2025. A partir de esta revisión, se evidenció lo siguiente: • <u>USS San Bernardino</u>: Se evidenció la entrega formal del predio mediante oficio radicado No. SSO-2024-200-002994-1 dirigido a la Secretaría de Educación. Esta actuación cuenta con soporte documental y se considera un avance sustancial, verificable y concreto en la gestión de legalización. • <u>USS Alquería</u>: Se radicó oficio No. SSO-2025-210-014835-1 ante la Secretaría Distrital de Salud, reiterando la solicitud de pronunciamiento sobre la situación jurídica del inmueble. No obstante, a la fecha del primer seguimiento no se observó respuesta que permita acreditar avances materiales o jurídicos, como tampoco en el último seguimiento, avances materiales o jurídicos posteriores que sustenten progreso adicional. • <u>USS Patio Bonito (CORABASTOS)</u>: A través de oficio No. SSO-2025-210-014847-1 se solicitó a la Corporación de Abastos de Bogotá (CORABASTOS) concertar el procedimiento para definir la situación jurídica del predio. Sin embargo, no se cuenta con respuestas ni documentos que acrediten acciones concretas de legalización. • <u>USS Puerta de Teja</u>: El área jurídica, mediante documento titulado “Informe de la titularidad de los predios denominados USS Alquería, USS San Bernardino, USS Patio Bonito y USS Puerta de Teja”, precisó que el inmueble USS Puerta de Teja figura, según estudio de títulos, como propiedad del señor Alfonso Angulo Pinzón, aunque la Subred ha ejercido su posesión continua por más de 30 años, prestando servicios de salud desde 1994. Si bien el concepto jurídico presentado aporta claridad sobre la ruta de acción prevista y su sustento legal, la ausencia de documentación cargada en la herramienta Almera limita la posibilidad de validar de forma efectiva los avances administrativos reportados. Adicionalmente, se reitera que el cumplimiento de la acción solo podrá considerarse finalizado cuando el predio figure formalmente a nombre de la Subred, de acuerdo con el objetivo, meta e indicador definidos en la acción de mejora. Es importante señalar que, en la documentación inicialmente aportada por el proceso responsable, se incluyó de manera errónea información correspondiente al predio Pablo VI – Los Molinos, el cual no fue objeto de hallazgo en la Auditoría Financiera y de Gestión (Código 164 – PAD 2024) realizada por la Contraloría de Bogotá. Esta situación fue aclarada por el proceso mediante respuesta al informe preliminar recibida el 14 de julio de	25%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		2025, en la que se indicó que, por error, las evidencias reportadas el 9 de mayo de 2025 hacían alusión al predio mencionado, y que el inmueble objeto de la acción es realmente el USS Puerta de Teja, ubicado en la Carrera 96A #25G-26 (nomenclatura actual) y Carrera 96 #47-14 (nomenclatura anterior). Por lo anterior, se mantiene el cumplimiento del 25%, reconociendo como único avance verificable la legalización del predio USS San Bernardino, y dejando constancia de que los demás inmuebles presentan gestiones parciales, sin evidencia concluyente de resultados materiales. Se recomienda dar continuidad a las acciones jurídicas y administrativas necesarias, radicar oportunamente los documentos correspondientes y cargarlos en Almera, a fin de garantizar trazabilidad y respaldo de las actuaciones institucionales.	
6	Hallazgo 3.2.1.5. Acción 1: Actualizar el Procedimiento de Demandas código: 15-01-PR-0004, incluyendo la actividad de hacer seguimiento sobre la entrega de títulos judiciales por remanentes o por cualquier otro concepto a favor de la entidad. (OM - ID 3671)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, se evidenció que el proceso responsable reportó como avance la programación de una reunión con el equipo de defensa judicial y el jefe de la Oficina Jurídica, realizada el 23 de mayo de 2025, con el objetivo de revisar y actualizar el procedimiento de demandas, incorporando la actividad específica de seguimiento a la entrega de títulos judiciales a favor de la entidad. Como evidencia, se aportó únicamente la citación a la reunión mencionada. No obstante, en la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se identificó ningún soporte del procedimiento actualizado, ni se presentó versión preliminar en construcción o revisión. Esta situación reflejaba una fase inicial de gestión, sin resultados verificables al momento del corte. En consecuencia, se asignó un porcentaje de avance del 10%, recomendando avanzar con la elaboración, aprobación y publicación del procedimiento actualizado, garantizando la trazabilidad documental del producto comprometido. Posteriormente, en el avance reportado por el proceso el 27 de junio de 2025, se evidenció la actualización del procedimiento de demandas, con versión 4, bajo el código 15-01-PR-0004. En dicho documento se incorporaron los lineamientos necesarios para el seguimiento a los pagos por concepto de costas, agencias en derecho y remanentes a favor de la entidad. Como soporte, se aportó el procedimiento ajustado en versión definitiva y validada. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno constató la existencia del procedimiento actualizado y publicado, el cual cumple con los criterios establecidos en la acción formulada, incluyendo la actividad específica de control requerida. Por tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
7	Hallazgo 3.2.1.6. Acción 1: Documentar e implementar el procedimiento administrativo de depuración contable de cuentas por pagar.	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la elaboración del "Instructivo para la depuración de cuentas por pagar mayores a 360 días", cuyo objetivo es garantizar que la información registrada en los estados de cuenta de proveedores y contratistas se mantenga actualizada, permitiendo la revisión, análisis y depuración de cifras bajo criterios contables de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.	50%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	(OM - ID 3673)	Como parte de la verificación documental, se revisaron el borrador del instructivo (fechado en abril de 2025) y la ficha técnica de depuración extraordinaria. No obstante, se evidenció que el documento aún no ha sido aprobado ni formalizado como instrumento institucional. Tampoco se encontraron registros que evidencien su implementación o aplicación práctica en los procesos contables posteriores. En este sentido, si bien se ha avanzado en la elaboración del documento, su estatus de borrador impide considerar la acción como cumplida, al no haberse cumplido con los criterios de formalización e implementación establecidos en la acción formulada. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 12 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de revisión por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025. En consecuencia, se mantiene el cumplimiento reportado del 50%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos en la ejecución efectiva de la acción. Esta situación podría reflejar una falta de gestión oportuna por parte del proceso responsable, lo cual afectaría la efectividad final de la medida si no se completan las fases de validación, aprobación e implementación antes de la fecha de cierre establecida.	
8	Hallazgo 3.2.1.7. Acción 1: Implementar el procedimiento actualizado de (...) realización de pagos por sentencias judiciales código: 11-03-PR-0010, en el que se incluye el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta 2460. (OM - ID 3674)	El responsable reporta como avance la implementación del procedimiento actualizado para la realización de pagos por sentencias judiciales, incluyendo el registro del valor de las sentencias liquidadas en la cuenta contable 2460. En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató que el procedimiento se encuentra aprobado bajo el código 11-03-PR-0010, versión 4, con fecha del 16 de junio de 2025. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
9	Hallazgo 3.2.1.8.1. Acción 1: Actualizar el procedimiento de elaboración de informes contables código: 11-04-PR-0006. (OM - ID 3675)	El responsable reporta como avance la actualización del procedimiento institucional de elaboración de informes contables, y adjunta como evidencia el documento actualizado. En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno se identificó en la herramienta Almera el procedimiento 11-04-PR-0006, versión 3.0, con fecha de aprobación del 16 de junio de 2025. El documento se encuentra debidamente estructurado, registrado y publicado, cumpliendo con los requisitos normativos y técnicos para su vigencia institucional. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
10	Hallazgo 3.3.1.1. Acción 1: Verificar periódicamente que los reportes de modificaciones presupuestales que se registran mensualmente en el aplicativo BOGDATA con la ejecución de ingresos, coincidan con los actos administrados correspondientes. (OM - ID 3676)	El responsable reporta como avance la verificación mensual de las modificaciones presupuestales registradas en el aplicativo BogData, cotejando dicha información con los actos administrativos que respaldan cada ajuste. Con corte a enero de 2025, se informó que no se realizaron modificaciones presupuestales. A partir de febrero, se reporta la ejecución mensual del presupuesto, con los respectivos informes. Para el corte al 31 de mayo de 2025, se evidencian adiciones presupuestales por valor de \$55.861.825.602, debidamente soportadas con actos administrativos y reflejadas correctamente en el sistema BogData de la Secretaría de Hacienda. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
11	Hallazgo 3.3.2.1. Acción 1: Documentar el procedimiento para los trámites administrativos del parque automotor de la Subred, incluyendo los puntos de control a través de los cuales se garantice la oportunidad para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos. (OM - ID 3677)	Se evidenció el "Procedimiento trámites administrativos parque automotor" registrado bajo el código 14-07-PR-0015, versión 1, con fecha de aprobación del 12 de mayo de 2025. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
12	Hallazgo 3.3.2.2. Acción 1: Radicar solicitud de devolución de pagos por concepto de lo no debido de manera oportuna, ante la DIAN Departamento de grandes contribuyentes. (OM - ID 3678)	Se constató que el procedimiento fue ejecutado según la acción formulada en el plan de mejoramiento, puesto que se radicó la solicitud ante la DIAN, se atendieron los requerimientos de subsanación y se obtuvo respuesta formal por parte de la autoridad tributaria mediante acto administrativo debidamente notificado. No obstante, la respuesta negativa se sustentó en que, según la DIAN, la Subred ya ostentaba la calidad de "Gran Contribuyente" desde el 1° de enero de 2021, por lo que debía haber cumplido los plazos establecidos para ese régimen. El incumplimiento en la entrega de la información exógena bajo ese marco jurídico conllevó a la aplicación de la sanción. Así entonces, aunque el resultado de la solicitud fue desfavorable, la acción formulada no pretendía garantizar el reembolso del valor pagado, sino asegurar que la Subred gestionara y radicara oportunamente la solicitud de devolución ante la DIAN. La acción da conformidad según su formulación. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
13	Hallazgo 3.3.2.3. Acción 1: Incluir en el instructivo de recepción de obras nuevas el punto de control a través del cual se garantice el cumplimiento normativo para evitar sanciones y cargos moratorios por pagos fuera de los tiempos establecidos. (OM - ID 3679)	El responsable reporta como avance la normalización del instructivo para la recepción de obras nuevas, en cuya estructura se incluyó el punto de control orientado a garantizar el cumplimiento normativo y evitar sanciones por pagos extemporáneos. En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se encontró publicado en Almera el instructivo 14-01-IN-0002, versión 1, aprobado el 04 de abril de 2025. Adicionalmente, el 27 de mayo de 2025, se realizó una mesa de trabajo y socialización del instructivo con los profesionales designados por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y la Dirección Administrativa. La documentación revisada evidencia que el instructivo fue estructurado, formalizado y socializado a las áreas responsables, cumpliendo con lo establecido en la acción formulada. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
14	Hallazgo 3.4.1.1. Acción 1: Integrar las RIAS para población en riesgo o sujeta a agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, con el fin de unificar los procesos de gestión del riesgo, y la visibilidad de los indicadores en los tableros de mando, lo que permitirá mejorar el seguimiento, la visibilidad y la toma de decisiones basadas en datos actualizados y consolidado. (OM - ID 3680)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la integración de la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS) para población en riesgo, agresiones, accidentes, traumas y violencias con la Dirección de Gestión del Riesgo, mediante el seguimiento a indicadores y la inclusión de los resultados en los informes de gestión presentados a la Junta Directiva. Como evidencia, se aportaron tres informes mensuales correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2025, además de la matriz de indicadores y el soporte de publicación en la intranet institucional. En dichos informes se documenta el seguimiento a casos atendidos, clasificación por triage (II y III), y acciones orientadas al fortalecimiento del talento humano. No obstante, teniendo en cuenta que el producto esperado de la acción consiste en la entrega mensual de informes durante toda la vigencia 2025, y que con corte al 30 de junio se esperaba un total de seis informes, el avance reportado representa únicamente la mitad del cumplimiento requerido a la fecha. Por lo anterior, se asigna un porcentaje de avance del 50%. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado al 30 de abril de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025. En consecuencia, se mantiene el porcentaje de cumplimiento reportado del 50%, dado que no se identificaron nuevas evidencias que demuestren progresos adicionales en la ejecución de la acción. Esta situación refleja una posible falta de seguimiento por parte del proceso responsable, lo cual podría comprometer la efectividad de la acción si no se implementan medidas correctivas antes del cierre del período evaluado.	50%
15	Hallazgo 3.4.1.2. Acción 1: Incluir un punto de control en el	Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificó la actualización de los procedimientos institucionales relacionados con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y la	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	procedimiento de auditoría del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para garantizar que la totalidad de los informes programados queden publicados en Almera. (OM - ID 3681)	Gestión de Estándares de Habilitación, los cuales se encuentran registrados en la herramienta Almera, así: - Procedimiento de Auditoría del PAMEC – Código 02-06-PR-0001, actualizado a la versión 5 con fecha 13 de marzo de 2025. - Procedimiento de Gestión de Estándares de Habilitación – Código 02-05-PR-0002, actualizado a la versión 4 con fecha 13 de marzo de 2025. Estas actualizaciones constituyen un avance importante para el cumplimiento de la acción de mejora formulada. Sin embargo, en la evidencia aportada no se adjuntaron formalmente los documentos actualizados como soporte, lo cual podría impedir validar plenamente el cumplimiento de los criterios establecidos en el plan de mejoramiento institucional. Se asigna un porcentaje de cumplimiento del 100%; sin embargo, se recomienda complementar la evidencia documental aportada incluyendo los procedimientos actualizados en versión PDF o archivo institucional firmado, con el fin de dar conformidad y trazabilidad a la acción formulada.	
	Hallazgo 3.4.1.2. Acción 2: Incluir un punto de control en el procedimiento gestión de estándares de habilitación en la actividad 3, con el objetivo de garantizar que la totalidad de los informes programados más los servicios autoevaluados queden publicados en Almera. (OM - ID 3681)	El responsable reporta como avance la actualización del procedimiento institucional de Gestión de Estándares de Habilitación, en el cual se incorporó un punto de control específico en la actividad 3, orientado a garantizar que tanto los informes programados como los derivados de servicios autoevaluados sean efectivamente publicados en la plataforma Almera. Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató la existencia de evidencia documental que soporta la inclusión del punto de control (captura de pantalla del procedimiento actualizado), así como el correo institucional que confirma la actualización del documento en Almera. Adicionalmente, se revisó la matriz de seguimiento a las visitas de autoevaluación de habilitación, la cual permite hacer trazabilidad entre los servicios evaluados y la entrega de los informes respectivos, reforzando así el cumplimiento de la medida implementada. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
16	Hallazgo 3.4.1.3. Acción 1: Realizar seguimiento mensual del correcto diligenciamiento del formato control entrega de medicamentos a domicilio del programa medicamentos a su casa 08-04-FO-0234 y retroalimentación de las desviaciones encontradas al talento humano responsable del	Se han realizado 5 ejercicios de seguimiento mensuales (febrero, marzo, abril, mayo y junio), soportados en actas específicas por unidad de farmacia. En todos los casos se presenta revisión detallada del total de registros, porcentaje de desviación y cálculo del indicador de diligenciamiento correcto. Se evidencia retroalimentación al personal operativo y responsable, de acuerdo con los resultados del control. De acuerdo con los informes, los resultados del indicador por unidad oscilan entre: - Hospital de Bosa: entre 99.04% y 100% - Zona Franca: entre 89.67% y 99.75% - Trinidad Galán: entre 88.09% y 96.09% Se constata que la acción ha sido implementada y se ha cumplido con la periodicidad mensual, a excepción del mes de enero. Se reportan resultados	96%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	diligenciamiento del mismo. (OM - ID 3683)	por unidad de servicio, se identifican desviaciones y se realiza la retroalimentación correspondiente al talento humano. No obstante lo anterior, se evidencia que el indicador no ha cumplido con la meta propuesta (1) por lo que se asigna un cumplimiento de 96,15% basado en el promedio de los indicadores calculados por unidad de servicio evaluada. Se recomienda mantener la periodicidad del seguimiento durante el resto del año y analizar las causas de las desviaciones más frecuentes, especialmente en Trinidad Galán, para fortalecer el resultado del indicador.	
17	Hallazgo 3.4.1.4. Acción 1: Adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre 2024, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 1° de la Ley 1960 de 2019. Esta provisión se realizará teniendo en cuenta el análisis de las necesidades de empleos de la entidad para el cumplimiento de la misionalidad y la disponibilidad presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (OM - ID 3684)	En atención a la acción de mejora encaminada a adelantar de manera progresiva y gradual la provisión de vacantes definitivas generadas a partir del segundo semestre de 2024, la Oficina de Control Interno verificó el avance reportado por el proceso responsable con corte al 21 de junio de 2025. En dicha verificación se evidenció la provisión formal de doce (12) vacantes, mediante figuras como el encargo por derecho preferente y el nombramiento en provisionalidad. Esta gestión incluyó cargos tanto asistenciales como administrativos, tales como auxiliares de salud, médicos especialistas, odontólogos y personal administrativo, soportados con los respectivos actos administrativos. En esa oportunidad, se indicó que, aunque los nombramientos y encargos representaban un avance concreto, la proporción de vacantes provistas frente a un promedio estimado de 45 vacantes generadas durante el semestre anterior reflejaba un cumplimiento parcial del 26,6% frente al indicador formulado. Posteriormente, el 4 de julio de 2025, el proceso reportó la provisión total de cincuenta y cuatro (54) vacantes, de las cuales treinta y una (31) corresponden a vacantes definitivas convocadas en el marco del proceso de formalización laboral, y veintitrés (23) a vacantes generadas por otras situaciones administrativas. La distribución reportada fue la siguiente: siete (7) empleos cubiertos por encargo con derecho preferente, cuarenta y cuatro (44) mediante nombramiento en provisionalidad y tres (3) vinculaciones como trabajadores oficiales. No obstante, en la segunda verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se evidenciaron cincuenta y una (51) resoluciones disponibles en el repositorio de evidencias de la herramienta Almera, lo cual no concuerda con las 54 mencionadas en el avance reportado. Esta diferencia de tres resoluciones impide confirmar en su totalidad el cumplimiento informado. A pesar de esta situación, se logró verificar documentalmente el 94,4% de las vacantes reportadas, razón por la cual se reconoce un avance significativo. En consecuencia, se ajusta el porcentaje de avance previamente establecido y se asigna un cumplimiento del 94,4%, en tanto se demuestra el cumplimiento sustancial de la acción formulada, soportado mayoritariamente con evidencia documental. Adicionalmente, se identificó que el proceso incluyó evidencias dentro de seguimientos anteriores ya verificados. Por ejemplo, para el mes de mayo, en el seguimiento del 21 de junio se reportaron siete (7) resoluciones, las cuales fueron validadas en la primera verificación; sin embargo, en una segunda verificación del mismo mes, se incluyeron nueve (9) archivos adicionales	94%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		relacionados con el mismo avance. Es importante señalar que la incorporación de nuevas evidencias debe realizarse en registros de seguimiento distintos y posteriores dentro del sistema Almera, conforme a su fecha de radicación, ya que la modificación de seguimientos previos puede comprometer la trazabilidad de la gestión y la integridad de la información auditada. Igualmente, se identificó que la resolución “RESOL 0731 DE 2024 NOMBRAMIENTO LORENA SANTODOMINGO.pdf”, incluida originalmente en el avance del mes de mayo, fue eliminada posteriormente, situación que también debe evitarse para no generar inconsistencias en el seguimiento de las acciones.	
18	Hallazgo 3.4.1.5. Acción 1: Capacitación, evaluación y medición de conocimiento, a responsables de emitir las respuestas en: protocolo de investigación y respuestas a PQRS código 03-01-PT-0002 y procedimiento recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos código 03-01-PR-0001 (OM - ID 3685)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, el proceso responsable reportó como avance la ejecución de una jornada de capacitación efectuada el 12 de junio de 2025, dirigida a los responsables de emitir respuestas a PQRS. La actividad fue liderada por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y desarrollada mediante la plataforma Teams. Durante la sesión, se socializaron el Protocolo 03-01-PT-0002 y el Procedimiento 03-01-PR-0001. Según el acta de reunión, como parte del desarrollo de la jornada se aplicaron instrumentos de medición del conocimiento (pretest y postest), cuyos resultados fueron: • Pretest: 84,76% • Postest: 98% En ese momento, si bien los resultados reflejaban una mejora significativa en la apropiación de los conceptos impartidos superando el umbral del 90% definido en el indicador “Porcentaje de adherencia al procedimiento” no se contaba con evidencia suficiente (como bases de datos, gráficas o respaldos de los instrumentos) que permitiera validar plenamente la evaluación y medición. Sin embargo, en la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció la carga de los soportes correspondientes a la medición de adherencia, entre ellos el análisis documental en formato Word y un archivo en Excel que contiene los resultados de la medición pretest y postest con participación de 21 asistentes. Estos documentos permiten comprobar con suficiencia la aplicación y resultados de los instrumentos, y respaldan el cumplimiento de las tres acciones comprometidas: capacitación, evaluación y medición. En consecuencia, se asigna un porcentaje de cumplimiento del 100%, en la medida en que se ha dado cumplimiento integral a lo formulado en la acción de mejora, con evidencias verificables y consistentes.	100%
19	Hallazgo 3.4.2.2. Acción 1: Actualizar matriz de riesgo de contratación incluyendo el riesgo de los eventos que impactan los valores	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, con corte al 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó como avance la actualización de la “Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación”, publicada en la herramienta Almera bajo el código 18-00-FO-0001. En dicha matriz se incorporó el riesgo relacionado con la variación de valores de insumos o servicios que puedan impactar las tarifas pactadas, respondiendo así al objetivo establecido en la acción formulada.	80%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	de insumos o servicios que afectan la tarifa pactada o estandarizada en el mercado, con la posibilidad de llevar a un presunto desequilibrio de la ecuación contractual. (OM - ID 3686)	La verificación documental permitió constatar que el documento fue formalizado en la plataforma institucional, cumpliendo con el componente documental requerido. No obstante, se evidenció que la matriz no estaba articulada con la matriz general de gestión del riesgo institucional, lo cual limitaba su integración dentro del enfoque sistémico de control interno y gestión del riesgo. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que, si bien el proceso actualizó nuevamente la matriz bajo el mismo código (18-00-FO-0001), persiste la falta de articulación con el sistema institucional de gestión del riesgo, lo cual impide evaluar la acción como completamente cumplida. En consecuencia, y dado que no se evidencian avances adicionales que subsanen el aspecto identificado, se mantiene el cumplimiento en 80%. Se recomienda priorizar la coordinación entre la Dirección de Contratación y la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, para garantizar la inclusión efectiva de esta matriz en el esquema integral de gestión del riesgo institucional.	
	Hallazgo 3.4.2.2. Acción 2: Actualizar guía para la elaboración de estudio de mercado estableciendo las condiciones para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, en los contratos suscritos por la subred. (OM - ID 3686)	El responsable reporta como avance la actualización de la “Guía para la elaboración de estudio de mercado” (código 18-01-GI-0002), en la cual se incorporan lineamientos específicos para la inclusión de medicamentos, material médico quirúrgico e insumos en general, dentro de los contratos que celebre la Subred. Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno se constató que el documento actualizado se encuentra formalmente publicado en Almera, cumpliendo con el indicador definido. Adicionalmente, se aportó evidencia de socialización al Subproceso Precontractual mediante correo electrónico, lo cual respalda su difusión interna. Con esto, se confirma la actualización y normalización del instrumento técnico, así como el cumplimiento del producto comprometido en la acción. La acción ha sido ejecutada conforme a lo establecido: la guía fue actualizada, publicada y socializada con el equipo responsable de su aplicación operativa, asegurando su alineación con los procesos contractuales de la entidad. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
20	Hallazgo 3.4.2.3. Acción 1: Actualizar el manual de supervisión e interventoría indicando claramente las reglas sobre cuando se requiere un cambio de supervisión. (OM - ID 3687)	Durante la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se constató que la Gerencia de la Subred expidió la Resolución No. 449 del 13 de junio de 2025, “<i>Por medio de la cual se deroga la Resolución 681 de 2023 y sus modificaciones y se adopta el Manual de Supervisión e Interventoría de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</i>”. Dentro del contenido de esta nueva versión del manual, específicamente en el numeral 8.1 SELECCIÓN Y DESIGNACIÓN DE LA SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA, se establece expresamente el procedimiento a seguir en caso de requerirse un cambio en la designación de la supervisión. En dicho apartado se indica que: “<i>En el evento de requerir cambio en la designación de supervisión, no será necesaria la modificación al contrato, por lo que solo bastará con la remisión de la nueva designación</i>”. Este lineamiento cumple con el criterio planteado en la acción de mejora, al establecer con claridad las reglas aplicables al proceso de sustitución de	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		supervisores, fortaleciendo la trazabilidad administrativa y el marco de actuación legal. El nuevo Manual fue publicado formalmente en el sistema Almera bajo el código 18-RES-449-2025 y se encuentra disponible también en la página web institucional de la Subred, garantizando su divulgación interna y externa. De esta manera se evidencia cumplimiento total de la acción formulada, en tanto se adoptó un nuevo Manual mediante acto administrativo, se incluyó el componente normativo requerido y se documentó su disponibilidad institucional a través de los canales oficiales. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	
	Hallazgo 3.4.2.3. Acción 2: Actualizar el procedimiento contratación de bienes y servicios código 18-02-PR-0002 incluyendo un punto de control que garantice que quien suscribe los cumplimientos del control sea el supervisor designado. (OM - ID 3687)	Como parte del seguimiento a esta acción de mejora, la Oficina de Control Interno verificó la actualización del Procedimiento de Contratación de Bienes y Servicios, bajo el código 18-02-PR-0002, el cual fue cargado y publicado en el aplicativo institucional Almera. Durante la revisión del documento actualizado, se evidenció que el procedimiento contempla un punto de control específico orientado a garantizar que los reportes y registros derivados del seguimiento contractual sean suscritos por el supervisor designado, cumpliendo con el criterio definido en la acción formulada. Esta disposición fortalece el control interno sobre la trazabilidad y responsabilidad en el seguimiento de los contratos, alineándose con las recomendaciones de los entes de control. Se considera que la acción ha sido implementada de manera satisfactoria, ya que el procedimiento fue actualizado formalmente, incorpora el punto de control exigido y está disponible para consulta y aplicación institucional. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	100%
	Hallazgo 3.4.2.3. Acción 3: Realizar capacitación sobre manual de supervisión y sobre el procedimiento contratación de bienes y servicios. (OM - ID 3687)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable reportó como avance la realización de una capacitación virtual previamente programada, centrada en la actualización del Manual de Supervisión, el Procedimiento de Contratación de Bienes y Servicios y la Matriz de Riesgos Tipologías de Contratación, conforme a la presentación anexa. Estas actividades evidencian una gestión orientada al fortalecimiento de la función contractual y supervisora dentro de la Entidad. No obstante, el indicador formulado para esta acción define como población objetivo a: • Todos los directivos de la Subred (21 en total), y • Todos los servidores designados como supervisores. En la verificación documental efectuada por esta Oficina, no se identificaron listados que permitan establecer el universo total de servidores capacitados ni la trazabilidad de los asistentes frente a las metas definidas. Así mismo, no se evidencia que la totalidad de los directivos haya sido convocada o capacitada, lo cual representa una brecha significativa frente al cumplimiento de la acción formulada. La acción presenta avances iniciales relevantes y estructurados, reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación; sin embargo, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador ni validar una cobertura institucional amplia o representativa.	40%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		Por lo anterior, se asigna un cumplimiento de 40%. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 27 de junio de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.	
21	Hallazgo 3.4.2.4. Acción 1: Capacitar a los colaboradores designados como supervisores sobre las responsabilidades y consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión. (OM - ID 3688)	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso responsable desarrolló dos jornadas de capacitación orientadas al fortalecimiento del rol de supervisión: - El 6 de mayo de 2025 se llevó a cabo una sesión dirigida a 16 servidores de apoyo a la supervisión de diferentes servicios de la Subred. - El 23 de mayo de 2025 se efectuó una capacitación específica para los servidores del área de activos fijos de la Dirección Administrativa, quienes ejercen funciones de supervisión. Ambas jornadas incluyeron temáticas relacionadas con las responsabilidades legales y contractuales del supervisor, las consecuencias de un ejercicio inadecuado de la supervisión, y lineamientos operativos asociados al uso del SECOP II. Como soporte de estas actividades se presentaron actas y presentaciones, las cuales fueron cargadas en el sistema Almera. Sin embargo, según lo formulado en la acción de mejora, el indicador definido establece como población objetivo a: - Todos los directivos de la Subred (21 en total), y - Todos los servidores designados como supervisores. En la verificación realizada, no se evidenció documentación que permita identificar el universo total de servidores capacitados, ni listados que reflejen la trazabilidad de asistencia respecto a las metas del indicador. Tampoco se aportaron evidencias de que la totalidad de los directivos hayan sido convocados o capacitados. Esta situación representa una brecha significativa frente al cumplimiento de los objetivos definidos para la acción. En consecuencia, si bien se reconocen avances iniciales y estructurados reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador ni validar una cobertura institucional representativa. Por lo anterior, se asigna un cumplimiento de 40%. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 27 de mayo de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por esta Oficina el 21 de junio de 2025.	40%
22	Hallazgo 3.4.2.5. Acción 1: Desarrollar en el aplicativo SURESOC un nuevo punto de control, que permita al supervisor evidenciar la	La Dirección de Contratación reporta la implementación de un nuevo punto de control en el aplicativo SURESOC, orientado a verificar que el contratista haya publicado la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II. Esta verificación debe realizarla el supervisor a través del cargue por parte del contratista, de un pantallazo como evidencia. Como soporte de este avance, se verificaron los siguientes elementos:	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	publicación de la cuenta de cobro del mes anterior en la plataforma SECOP II por medio de un pantallazo cargado por el contratista. (OM - ID 3689)	Se anexa un video instructivo del funcionamiento del aplicativo y capturas de pantalla del módulo implementado, evidenciando el desarrollo técnico y la operatividad del punto de control. Se encuentra publicada la Nota Interna No. SSO-2025-440-003337-3 en Ágilsalud, la cual establece los lineamientos sobre la obligatoriedad del seguimiento a la publicación de la ejecución contractual y la verificación del pantallazo correspondiente por parte del supervisor. Se valida entonces el desarrollo requerido permitiendo cumplir con el propósito de trazabilidad y control requerido en la acción. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	
	Hallazgo 3.4.2.5. Acción 2: Capacitar a los supervisores de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión sobre sus responsabilidades y las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión. (OM - ID 3689)	De acuerdo con el avance reportado por el proceso responsable, se han desarrollado dos jornadas de capacitación orientadas al fortalecimiento del rol de supervisión: - El 6 de mayo de 2025 se realizó una sesión dirigida a 16 servidores de apoyo a la supervisión de diferentes servicios de la Subred. - El 23 de mayo de 2025 se efectuó una capacitación específica para los servidores del área de activos fijos de la Dirección Administrativa, quienes cuentan con funciones de supervisión. Ambas jornadas incluyeron temas como las responsabilidades legales y contractuales del supervisor, las consecuencias de un mal ejercicio de la supervisión, y lineamientos operativos relacionados con el SECOP II. Las actividades fueron soportadas mediante actas y presentaciones cargadas en el aplicativo Almera. Sin embargo, el indicador definido para esta acción establece como población objetivo a: - Todos los directivos de la Subred (21 en total), y - Todos los servidores designados como supervisores. En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno no se identificaron listados que permitieran evidenciar el universo total de servidores capacitados ni la trazabilidad completa de los asistentes respecto a las metas definidas. Tampoco se evidenció que la totalidad de directivos haya sido convocada o capacitada, lo cual representa una brecha significativa frente al cumplimiento de la acción formulada. La acción presenta avances iniciales relevantes y estructurados, reflejados en el desarrollo de sesiones temáticas y su respectiva documentación. No obstante, el alcance actual no permite acreditar el cumplimiento del indicador formulado ni validar una cobertura institucional amplia o representativa. Por lo anterior, se asigna un cumplimiento de 40% para esta acción. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado el 27 de mayo de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025.	40%
23	Hallazgo 3.4.2.6.	Durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno con corte al 21 de junio de 2025, se verificó que el proceso responsable reportó avances relacionados con la ejecución de pagos por concepto de sentencias judiciales	60%

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	Acción 1: Realizar el pago de sentencias ejecutoriadas con erogación económica de acuerdo con la apropiación presupuestal en el rubro de pago de sentencias judiciales y al procedimiento de pago de sentencias judiciales. (OM - ID 3690)	ejecutoriadas, conforme a la apropiación presupuestal y al procedimiento actualizado 15-01-PR-0005, vigente desde el 18 de noviembre de 2024. Como evidencia, se aportó certificación emitida por el área de Tesorería con fecha del 16 de junio de 2025, en la cual se relacionan seis (6) resoluciones mediante las cuales se ordenó y ejecutó el pago correspondiente a dichas sentencias judiciales. Sin embargo, al realizar la verificación, esta Oficina consideró pertinente referirse al informe final de auditoría de la Contraloría de Bogotá D.C., código 143 de 2025, específicamente al hallazgo 3.1.1.4, el cual advierte una subestimación en las cuentas contables 2701 "Provisión litigios y demandas" y 2460 "Créditos Judiciales", "afectando el 5,46% del total de pasivos en los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2024. Esta situación constituye una incorrección material y un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria." Dado que no se reveló en los estados financieros el valor total de sentencias ejecutoriadas con términos vencidos, se limita la posibilidad de evaluar integralmente el cumplimiento del indicador formulado en esta acción, al no contar con un universo consolidado de obligaciones judiciales exigibles y apropiadas. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable reiteró la información previamente reportada, aportando nuevamente la certificación expedida por Tesorería que relaciona los pagos efectuados desde la fecha de actualización del procedimiento hasta la fecha del informe. No obstante, no se anexaron evidencias adicionales que subsanen las observaciones de tipo contable formuladas por el ente de control externo. En consecuencia, la acción presenta ejecución parcial en términos operativos al haberse efectuado pagos conforme a las resoluciones expedidas. Sin embargo, el cumplimiento no puede considerarse total mientras no se integren los correctivos contables requeridos para garantizar la trazabilidad completa de las obligaciones judiciales, por lo que, se asigna un cumplimiento de 60%.	
24	Hallazgo 3.4.2.7. Acción 1: Verificar que la información cargada en SIVICOF, corresponda a la registrada en el formato CB- información procesos judiciales. (OM - ID 3691)	De acuerdo con el seguimiento reportado por el responsable, con fecha 25 de febrero de 2025, se realizó la verificación de la información reportada en el sistema SIVICOF correspondiente al Formato CB – Información de Procesos Judiciales, conforme a la estructura exigida por la Contraloría de Bogotá D.C. para la vigencia 2024. Se adjuntaron los siguientes soportes que permiten evidenciar el cumplimiento de la acción: • Formato CB-0423 – Información de Procesos Judiciales (Excel) • Documento de validación interna del diligenciamiento (Storm User) • Documento soporte de validación de cargue de informes de gestión CB-008 • Acuse de aceptación de la rendición de cuentas por parte de la Contraloría de Bogotá, en el cual se confirma la conformidad de la rendición de la vigencia 2024. La revisión documental por parte de la Oficina de Control Interno permite concluir que la acción fue ejecutada de manera oportuna, con soporte	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		verificable de la actividad principal: la verificación y correspondencia entre el formato físico CB-0423 y el sistema de información SIVICOF, lo cual además fue validado formalmente por el ente de control fiscal. Se da cumplimiento a la acción, en tanto se realizó la verificación requerida, se documentó su desarrollo y se obtuvo la aceptación de la rendición de cuentas por parte de la Contraloría de Bogotá D.C. Con base en lo anterior, se concluye que la acción formulada evidencia cumplimiento de conformidad con lo formulado en el plan de mejoramiento. Por lo tanto, se asigna un cumplimiento del 100%.	

Conforme los resultados antes reportados y detallados, en resumen, el siguiente fue el cumplimiento general del plan de mejoramiento establecido para subsanar los hallazgos de la Auditoría Financiera y de Gestión (Código 164) - PAD 2024 - Vigencia evaluada 2023:

Nº HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN EN SIVICOF	CÓDIGO (ID) OPORTUNIDAD DE MEJORA - OM en ALMERA	Nº ACCIÓN EN ALMERA	CUMPLIMIENTO ACCIÓN DE MEJORA	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD DE MEJORA - OM
3.1.2.1	1	3666	1	100%	100%
3.1.2.1	2	3667	1	100%	100%
3.2.1.1	1	3668	1	80%	80%
3.2.1.3	1	3669	1	70%	70%
3.2.1.4	1	3692	1	25%	25%
3.2.1.5	1	3671	1	100%	100%
3.2.1.6	1	3673	1	50%	50%
3.2.1.7	1	3674	1	100%	100%
3.2.1.8.1	1	3675	1	100%	100%
3.3.1.1	1	3676	1	100%	100%
3.3.2.1	1	3677	1	100%	100%
3.3.2.2	1	3678	1	100%	100%
3.3.2.3	1	3679	1	100%	100%
3.4.1.1	1	3680	1	50%	50%
3.4.1.2	1	3681	1	100%	100%
			2	100%	
3.4.1.3	1	3683	1	96%	96%
3.4.1.4	1	3684	1	94%	94%
3.4.1.5	1	3685	1	100%	100%
3.4.2.2	1	3686	1	80%	90%
			2	100%	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Nº HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN EN SIVICOF	CÓDIGO (ID) OPORTUNIDAD DE MEJORA - OM en ALMERA	Nº ACCIÓN EN ALMERA	CUMPLIMIENTO ACCIÓN DE MEJORA	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD DE MEJORA - OM
3.4.2.3	1	3687	1	100%	80%
			2	100%	
			3	40%	
3.4.2.4	1	3688	1	40%	40%
3.4.2.5	1	3689	1	100%	70%
			2	40%	
3.4.2.6	1	3690	1	60%	60%
3.4.2.7	1	3691	1	100%	100%
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					83,5%

➤ **Actuación Especial de Fiscalización** (Código 168) - PAD 2024 - Vigencia evaluada 2023.

Una (1) acción con fecha de inicio el 16/12/2024 y fecha de terminación o final el 30/06/2025.

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
1	Hallazgo 7.2.1.2. Acción 1: Revisar e incluir en el procedimiento 14-07-PR-0008 Procedimiento de respuesta en caso de falla de vehículo, los puntos de control a través de los cuales se garantice la verificación de los soportes relacionados con el mantenimiento y/o reparación del parque automotor de la Subred Sur Occidente ESE. (OM - ID 3649)	Como parte del seguimiento realizado, la Dirección Administrativa reportó la actualización del procedimiento de mantenimiento preventivo y/o correctivo del equipo automotor, consolidado bajo el código 14-07-PR-0008, versión 2, emitida el 1 de abril de 2025. En dicho procedimiento se incorporaron puntos de control orientados a garantizar la autorización y verificación técnica de los mantenimientos realizados a los vehículos de la Subred. Dentro de la fase de implementación, se adelantó una socialización formal con los grupos involucrados en el proceso (Líder de Atención Prehospitalaria, técnicos automotrices, líder CREAT y conductores). En dicha sesión se explicó el flujo de actividades del nuevo procedimiento, incluyendo: solicitud de mantenimiento, validación técnica, autorización previa, recepción de vehículos y registro de evidencia por parte del taller, mediante informes técnicos, material fotográfico o videográfico y actas de entrega. La verificación documental realizada por la Oficina de Control Interno permitió constatar lo siguiente: - El procedimiento actualizado se encuentra cargado en el aplicativo Almera, bajo el código y versión mencionados. - Se diseñó y está en uso el formato 14-07-FO-0040, para estructurar las solicitudes de diagnóstico, cotización y autorización de mantenimiento. - Se aportó el oficio de socialización y el listado de asistencia, evidenciando su divulgación institucional. La actualización del procedimiento responde adecuadamente al hallazgo, integrando controles operativos y documentales que permiten prevenir omisiones o gastos sin verificación técnica.	90%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES / COMENTARIOS / RECOMENDACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
		No obstante, se identificó que no se adjunta evidencia consolidada sobre el seguimiento al indicador definido en la acción, relacionado con la proporción de autorizaciones ejecutadas frente a las emitidas. Esta información es clave para valorar el cumplimiento cuantitativo y la eficacia de la acción implementada. En la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento efectuado al 30 de abril de 2025, el cual ya había sido objeto de verificación por parte de esta Oficina el 21 de junio de 2025; por lo cual, se mantiene el cumplimiento del 90%.	

➤ **Auditoría Financiera y de Gestión** Código 159 PAD 2023 - Vigencia evaluada 2022

Las cuatro (4) acciones de mejora en estado “Abierta” fueron objeto de seguimiento por la Oficina de Control Interno en febrero de 2025, con corte a 31/12/2024 en cumplimiento de la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, Capítulo IV, apartado “Seguimiento”, cuyos resultados fueron registrados en el aplicativo Almera y comunicados a la Gerencia mediante nota interna con radicado SSO-2025-240-000884-3 del 17/02/2025. Los soportes correspondientes se encuentran debidamente archivados en el repositorio de información de la Oficina de Control Interno.

Ahora bien, en cumplimiento de sus roles y funciones, la Oficina de Control Interno realizó de nuevo seguimiento el 18/07/2025 a las cuatro (4) acciones de mejora antes indicadas, obteniendo los siguientes resultados para cada acción:

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA FINAL	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCI	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
1	Hallazgo 3.2.1.2 Acción 2: Adelantar las gestiones jurídicas tendientes a la actualización de la tradición de los inmuebles a nombre de los antiguos hospitales, fusionados en la Subred Sur Occidente E.S.E., en el marco de la normatividad vigente. (OM - ID 3442-2)	2024-12-07	En el seguimiento del 17/02/2025, la OCI evidenció el cumplimiento del 100% de la acción de mejora. En el aplicativo Almera se pueden evidenciar los dos seguimientos realizados por la OCI, el primero el 11/07/2024 y el segundo el 17/02/2025, donde se calificó como cumplida la acción en un 100%; sin embargo, la Oportunidad de Mejora (OM) con ID 3442 se calificó en 88%, debido al promedio de calificación de las acciones que la componían, así: Acción 1: 75% y Acción 2: 100%.	100%
1	Hallazgo 3.2.1.3. Acción 1: Identificar las cuentas por pagar	2024-10-21	En el seguimiento realizado el 17 de febrero de 2025, se reportó un cumplimiento del 88%, el cual se mantuvo en la verificación del 21 de junio de 2025. No obstante, en la	88%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA FINAL	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCI	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
	mayores a 360 días que son susceptibles de compensación y/o acuerdos de pago. (OM - ID 3422)		segunda verificación efectuada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno constató que no se reportaron avances adicionales ni se aportaron nuevas evidencias que permitirán verificar un progreso en la ejecución de la acción. Ahora bien, conforme al seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno y lo expuesto en el Informe Final de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (Código 143 PDVCF 2025 Vigencia evaluada 2024), emitido por la Contraloría de Bogotá D.C., se evidenció que el ente de control identificó una situación similar mediante el hallazgo 3.1.1.3 del citado informe, en relación con la no depuración contable de saldos en otras cuentas por pagar mayores a 360 días al corte del 31 de diciembre de 2024. Lo anterior, permite concluir que la acción de mejora no logró subsanar la causa raíz que dio origen al hallazgo, incumplándose el objetivo de mejora planteado en dicha formulación. Por lo anterior, se mantiene un cumplimiento del 88%.	
2	Hallazgo 3.2.1.3. Acción 2: Gestionar mesas de trabajo con los acreedores para llegar a acuerdos de pago. (OM - ID 3422)	2024-10-21	Como parte del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, el proceso responsable informó que durante la vigencia 2024 se realizaron conciliaciones recíprocas con distintos acreedores, orientadas a la depuración de cartera y a la consolidación de saldos claros y expresos que sirvan como base para futuros acuerdos de pago. Entre las evidencias aportadas se destacan: - Tres actas de conciliación con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), correspondientes a los cortes de marzo, junio y septiembre de 2024. - Soportes de recaudo por valor total de \$163.491 millones, reflejados en la ejecución presupuestal de ingresos y gastos al cierre de diciembre de 2024. - Documento de conciliación y cruce de cartera con el ente territorial. Si bien estas actividades representan gestión significativa en términos de depuración contable y verificación de obligaciones, se evidencian limitaciones respecto al objeto específico de la acción formulada, la cual contemplaba la instalación y desarrollo de mesas de trabajo con acreedores para concretar acuerdos de pago. En efecto: - No se aportaron actas de instalación, desarrollo o cierre de dichas mesas. - No se evidencian acuerdos de pago formalizados ni compromisos concretos derivados de dichas mesas. - No existe trazabilidad documental que respalde la interlocución directa con los acreedores.	88%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	FECHA FINAL	OBSERVACIONES / COMENTARIOS OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCI	EVALUACIÓN OCI 18/07/2025
			Es relevante señalar que esta acción guarda estrecha relación con la acción evaluada previamente sobre cuentas por pagar mayores a 360 días, dado que corresponde al mismo hallazgo 3.2.1.3. Posteriormente, en la segunda verificación realizada el 16 de julio de 2025, la Oficina de Control Interno constató que el proceso responsable no reportó avances adicionales respecto al seguimiento anterior, el cual había sido objeto de revisión por esta Oficina el 21 de junio de 2025. Por tanto, se mantiene el cumplimiento del 88%.	
4	Hallazgo 3.3.1.1 Acción 1: Continuar con las acciones de cobro y conciliación ante el MSPS y el FFDS. (OM - ID 3427)	2024-10-21	En el seguimiento del 17/02/2025 la OCI calificó la acción con un 100% de cumplimiento, informando que: "Se observaron comunicados enviados por Ágilsalud de la siguiente manera: • <i>Solicitud apoyo gestión pago por concepto de la atención en salud a la población migrante al Ministerio de salud y protección social con fecha 12/02/2024 radicado SSO-2024-200-003482 1.</i> • <i>Solicitud de pago de prestación de servicios de salud por concepto de fronterizos con fecha 18/04/2024 a la Secretaría de salud radicado SSO-2024-200-010432-1.</i> • <i>Solicitud de pago de prestación de servicios de salud por concepto de fronterizos con fecha del 18/04/2024 al Ministerio de salud y protección social radicado SSO-2024-200-010433-1.</i> <i>Sin embargo, se debe continuar con las acciones de cobro y conciliación el MSPS y el FFDS, toda vez que, el hallazgo se enfocó en incumplimiento en el recaudo de cuentas por cobrar Atención a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado rubro FFDS vigencia 2022."</i>	100%

De lo anterior, aunque las cuatro (4) acciones evaluadas por la Oficina de Control Interno presentaron niveles de avance o cumplimiento entre el 88% y el 100%, es importante aclarar que esta calificación se refiere únicamente al cumplimiento operativo (es decir, ejecución de las actividades y entrega de productos). La evaluación de la **efectividad**, entendida como la capacidad para eliminar la causa raíz del hallazgo, es una competencia exclusiva de la Contraloría de Bogotá D.C., de acuerdo con el Capítulo V de la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, labor que ejecutó dicho ente de control mediante la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (Código 143, PDVCF 2025, Período auditado 2024) realizada a la Subred Sur Occidente entre enero y junio de 2025, en la cual realizó el seguimiento a las cuatro (4) acciones de mejora relacionadas en la tabla anterior, emitiendo los siguientes resultados en las páginas 156 y 157 del informe de auditoría, así:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

Ítem	No. HALLAZGO	ANÁLISIS EVALUACIÓN AUDITOR Contraloría de Bogotá D.C.	Eficacia (Se califica 0% a 100%)	Efectividad (Se califica 0% a 100%)	Estado y evaluación Auditor
1	3.2.1.2	Acción 2: Adelantar las gestiones jurídicas tendientes a la actualización de la tradición de los inmuebles a nombre de los antiguos hospitales, fusionados en la Subred Sur Occidente E.S.E., en el marco de la normatividad vigente. Resultados seguimiento Contraloría: “Se analizaron las carpetas de (UPA Puerta Teja, UBA San Bernardino, USS 63 Alquería y USS - 71) contiene los estudios de títulos donde se relacionó las recomendaciones a seguir, con el fin de obtener la titularidad. Se visualizó la inscripción de instrumentos jurídicos para la legalización de tenencia de predios, solicitud al Secretario de Salud Distrital y al Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público la transferencia a título gratuito de los citados predios. Se declara el dominio pleno de diferentes inmuebles de los otros hospitales de la SISO ESE.”, dirigido a la Superintendencia de Notariado y Registro con las respectivas escrituras públicas junto con sus Resoluciones.”	100%	90%	CUMPLIDA EFECTIVA
2	3.2.1.3	Acción 1: Identificar las cuentas por pagar mayores a 360 días que son susceptibles de compensación y/o acuerdos de pago. Resultados seguimiento Contraloría: “Se observó la relación de cuentas mayores a 360 días, de las cuales se efectuaron pagos por valor de \$47.251.731 y se depuraron \$37.978.800 según acta de comité y Resolución N. 0894 de 2023. Teniendo en cuenta los soportes allegados se evidencia la gestión adelantada por la Subred.”	100%	90%	CUMPLIDA EFECTIVA
3	3.2.1.3	Acción 2: Gestionar mesas de trabajo con los acreedores para llegar a acuerdos de pago. Resultados seguimiento Contraloría: “Se observó la circularización al correo electrónico de los supervisores, pues solo existe la partida con AGILSALUD, la última actuación se realizó el 11/07/2024, según nota interna SSO-2024-410-003851.”	100%	90%	CUMPLIDA EFECTIVA
4	3.3.1.1	Acción: Continuar con las acciones de cobro y conciliación ante el MSPS y el FFDS. Resultados seguimiento Contraloría: “Continuar con las acciones de cobro y conciliación ante el MSPS y el FFDS.”	100%	90%	CUMPLIDA EFECTIVA

Fuente: Cuadro 32. Evaluación Plan de Mejoramiento a las acciones vencidas con corte al 03/02/2025, Informe de auditoría AFGR - Cód.143 de la Contraloría de Bogotá D.C. (pág. 156)

Conforme los resultados anteriores, y atendiendo lo dispuesto en el Capítulo V, aparte “Evaluación” de la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, en cuanto a que: “Corresponde a la Contraloría de Bogotá D.C., evaluar, el cumplimiento (eficacia) y la efectividad de las acciones del Plan de Mejoramiento para eliminar la causa (s) que originó los hallazgos detectados en cumplimiento de la vigilancia y control a la gestión fiscal”, una vez ya emitida la

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

calificación anterior por el ente de control, mediante la cual se determinó el estado de las acciones antes relacionadas, la Oficina de Control Interno procedió de conformidad a registrar tales resultados y estado de cada acción de mejora en el aplicativo Almera para proceder a su cierre en el mencionado aplicativo.

Acompañamiento y asesoría en formulación de plan de mejoramiento

En observancia de lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria 036 de 2023, Capítulo 3. **“Formulación Plan de Mejoramiento”**, que dispone en uno de sus apartes: *“La Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno del sujeto de vigilancia y control fiscal o quienes hagan sus veces, en cumplimiento de los roles establecidos en las normas vigentes, deberán acompañar y asesorar a los responsables en la formulación del plan de mejoramiento, según corresponda, con el fin de lograr la conformidad de los requisitos de presentación de los formatos de la cuenta, así como, hacer seguimiento a la eficacia y efectividad de la acción formulada para eliminar la causa origen del hallazgo comunicado por la Contraloría de Bogotá D.C.”* (subrayado propio), la Oficina de Control Interno realizó acompañamiento y asesoría en la formulación del plan de mejoramiento proyectado por la Subred Sur Occidente para subsanar los 11 hallazgos identificados por la Contraloría de Bogotá D.C. en la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (Código 143) PDVCF 2025 período auditado 2024.

Los resultados del análisis del plan de mejoramiento proyectado por la Subred Sur Occidente fueron remitidos por la Oficina de Control Interno el 01/07/2025 por correo electrónico, teniendo en cuenta que el proyecto de plan se recibió el 30/06/2025, el cual se detalla en la siguiente tabla:

No. Hallazgo	CAUSA DEL HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCION	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
3.1.1.1	Hallazgo administrativo por falta de gestión en la depuración de la cartera mayor a 360 días a 31/12/2024	1	Depurar las cuentas por cobrar que ya están plenamente identificadas (Convenios docentes asistenciales, saldos para depuración extraordinaria y saldos PIC) correspondientes a cartera mayor a 360 días con corte a diciembre 31 de 2024	Sin observaciones	Depuración administrativa de cuentas por cobrar mayores a 360 días, a 31 de diciembre de 2024	Valor a depurar de Convenios Docente asistenciales, saldos para Depuración Extraordinaria y PIC / Valor total cartera mayor 360 días a 31-12-2024 tendiente a depuración (\$6.585.286.126)	Par medir el cumplimiento de la acción determinada, es necesario que el numerador del indicador se formule como hecho cumplido, así: "Valor depurado de Convenios Docente asistenciales, saldos Depuración Extraordinaria y PIC"

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

No. Hallazgo	CAUSA DEL HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
3.1.1.2	Hallazgo administrativo por diferencias entre los valores registrados en el estado de situación financiera y las notas a los estados financieros de la cuenta "Construcciones en Curso"	1	Emitir informe sobre las construcciones finalizadas para el registro contable en la cuenta "EDIFICACIONES" de los valores que se encuentran reconocidos en la cuenta contable "CONSTRUCCIONES EN CURSO".	Para este hallazgo se han definido dos acciones idénticas, lo cual, no es adecuado porque cada una debe ser diferente para así mismo definirle un indicador para la medición de su cumplimiento, junto con su fórmula.	Reconocimiento Cuenta Contable "Construcción en Curso"	No obras terminadas para registro en la cuenta "EDIFICACIONES" / No. De certificaciones emitidas por el supervisor de obra sobre proyectos terminados	Según la fórmula del indicador debería redefinirse el indicador y la acción.
3.1.1.2		2	Emitir informe sobre las construcciones finalizadas para el registro contable en la cuenta "EDIFICACIONES" de los valores que se encuentran reconocidos en la cuenta contable "CONSTRUCCIONES EN CURSO".	Según las fórmulas de los indicadores, deberían redefinirse las acciones, así como se hicieron las acciones para el hallazgo 3.2.3.1	Reconocimiento Cuenta Contable "Construcción en Curso"	Registros contables en la cuenta "EDIFICACIONES" / No. obras terminadas y notificadas por el supervisor del contrato de obra	Según la fórmula del indicador debería redefinirse la acción.
3.1.1.3	Hallazgo administrativo por la no depuración contable de saldos de otras cuentas por pagar mayores a 360 días al 31 de diciembre de 2024	1	Aplicar el instructivo de depuración de cuentas por pagar con vigencia mayor a 360 días, formulado en el mes de junio de 2025	Sin observaciones	Depuración administrativa de cuentas por pagar mayores a 360 días diciembre 2024	Valor de las cuentas depuradas mayores a 360 días a 31 de diciembre de 2024 / Valor total de las cuentas mayores a 360 días a diciembre 31 de 2024	Sin observaciones
3.1.1.4	Hallazgo administrativo por presunta incidencia disciplinaria por subestimación en el saldo de las cuentas 2701 "Provisión litigios y demandas" y 2460 "Créditos Judiciales"	1	La Subred liquidará y registrará contablemente el valor de las sentencias ejecutoriadas de conformidad con el procedimiento dispuesto para ello.	Sin observaciones	Sentencias liquidadas	No. de Sentencias ejecutoriadas con liquidación / No. de sentencias liquidadas y registradas en la cuenta 2460	Sin observaciones
3.1.1.5.1	Hallazgo administrativo por no reportar el dictamen del revisor fiscal en el documento	1	Emitir nota interna semestral para el reporte de información a entes de control con alertas como puntos de	Sin observaciones	Realizar la lista de chequeo de reportes	Total de informes reportados en la vigencia / Total de informes a reportar en la vigencia	Sin observaciones

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO		Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	3/10/2023	
			Código:	17-00-FO-0009	

No. Hallazgo	CAUSA DEL HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
	electrónico CBN-1020		control a las áreas responsables				
3.2.2.1	3.2.2.1. Hallazgo Administrativo por la falta de depuración de saldos en la vigencia 2024 de las cuentas por pagar con corte a 31/12/2023	1	Envío de base de datos consolidada con el detalle de los compromisos con saldos pendientes por ejecutar a la Dirección de Contratación para su análisis y trámite de liberación de saldos	Según el Instructivo de la Contraloría, la acción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este caso la acción más relacionada con el indicador sería: "Analizar y tramitar liberación de saldos, según base de datos consolidada enviada por el área de presupuesto con el detalle de los compromisos con saldos pendientes por ejecutar."	Reintegro de Recursos Libres de Afectación	Total de registros presupuestales con liberación de saldos / Número de registros presupuestales indicados para liberación de saldos de contratos terminados o no iniciados	Revisar. El nombre del indicador se estableció como "Reintegro" es decir recursos reintegrados; sin embargo, en la fórmula se indica "total / número de registros".
3.2.3.1.	Hallazgo administrativo por el incumplimiento de metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2020-2024 y en el Plan de Acción Anual Institucional 2024,	1	Actualizar la política de planeación institucional código 01-01-OD-0025 y guía de planeación código 01-01-GI-0001 fortaleciendo las acciones de seguimiento y control	Sin observaciones	Porcentaje de actualización de documentos de planeación institucional	(Número de documentos de planeación institucional actualizados / Número total de documentos de planeación institucional requeridos) *100	Sin observaciones
3.2.3.1.	teniendo en cuenta que no se disminuyó en el 0,3 el promedio de la estancia hospitalaria ni se cumplió el 100% de las acciones establecidas para la ejecución de los proyectos de inversión	2	Revisión y ajuste del indicador de estancia hospitalaria con criterios epidemiológicos y de complejidad institucional.	Según el Instructivo de la Contraloría, la acción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este caso la acción más relacionada con el indicador sería: "Revisar y ajustar el indicador de estancia hospitalaria con criterios epidemiológicos y de complejidad institucional."	Porcentaje de estancia hospitalaria	Días de camas ocupadas Subred Sur Occidente ESE / Número total de egresos en el período	Sin observaciones

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

No. Hallazgo	CAUSA DEL HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
3.2.3.1.		3	Definir cada mes las actividades competencia de la Subred, y fortalecer el seguimiento y control en la ejecución de los proyectos.	Sin observaciones	Monitoreo a la ejecución de los proyectos de inversión de la vigencia	Número de actividades realizadas por la Subred / Total de actividades programadas por la Subred para el período.	Sin observaciones
3.2.3.2.	Hallazgo administrativo por inconsistencias en la información relacionada con el Plan de Mantenimiento, Inventarios y Registros en hojas de vida de los equipos de la Subred Sur Occidente E.S.E.	1	Revisar e incluir los puntos de control en el procedimiento de mantenimiento de equipos biomédicos código 14-02-PR-0002, a través de los cuales: 1. Se realice el cruce del inventario de los equipos del sistema dinámica gerencial con respecto a la información del plan de mantenimiento anual para garantizar la coherencia. 2. Validar el cargue de los registros y soportes de mantenimiento y calibración en las hojas de vida en el Módulo de mantenimiento de equipos biomédicos de Almera	Sin observaciones	Adherencia a los puntos de control del procedimiento	Total de controles con evidencia de cumplimiento/Total de controles descritos en el procedimiento	Sin observaciones
3.2.3.3.	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la falta de gestión para legalizar la titularidad del predio de espacio Público del Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS Pablo VI del Convenio 1147-2017	1	Realizar el levantamiento del plano modificado de la Urbanización Nueva Granada Pablo VI Bosa 4	Sin observaciones	Plano modificado de la Urbanización Nueva Granada Pablo VI Bosa 4	Plano urbanístico	Sin observaciones
3.2.3.3.		2	Realizar radicación de actualización de plano urbanístico ante la Curaduría Urbana para su aprobación	Sin observaciones	Oficio de radicación	Radicado plano urbanístico en Curaduría Urbana	Sin observaciones

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

No. Hallazgo	CAUSA DEL HALLAZGO	CÓDIGO ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	OBSERVACIONES OFICINA DE CONTROL INTERNO
3.2.3.3.	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por la falta de gestión para legalizar la titularidad del predio de espacio Público del Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS Pablo VI del Convenio 1147-2017	3	Remitir copia del plano aprobado a la Secretaría Distrital de Planeación y al DADEP	Sin observaciones	Oficio de radicación	Radicado plano urbanístico Secretaría Distrital de Planeación	Sin observaciones
3.2.3.4.	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento de los términos de respuesta a las PQRS	1	Revisión de las tipologías marcadas como consulta para analizar contenido y confirmar tipología de manera quincenal	Según el Instructivo de la Contraloría, la acción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este caso la acción más relacionada con el indicador sería: "Revisar las tipologías marcadas como consulta para analizar contenido y confirmar tipología de manera quincenal."	Matriz de Requerimientos revisada	Número de peticiones clasificadas como consultas revisadas / número de peticiones clasificadas como consultas	Sin observaciones
3.2.4.1	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria por publicar en Secop II las historias clínicas de los pacientes atendidos en el contrato 2864 de 2024, incumpliendo el protocolo de confidencialidad.	1	Realizar la anulación de soportes errados y cargar los informes corregidos en la plataforma SECOP II, de cada una de las facturas presentadas correspondientes al contrato 2864-2024, atendiendo a la respuesta presentada por el Servicio de la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente (GLPI #1372983).	Sin observaciones	Soportes ajustados	Número de Soportes ajustados y cargados en Secop ii / Número de Soportes Errados que se deben corregir	Sin observaciones

Además de las observaciones anteriores, la Oficina de Control Interno manifestó que, según el Instructivo de la Contraloría, en la columna "*Causa del Hallazgo*" se debe registrar "*la causa*"

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

principal que originó la situación detectada por la Contraloría de Bogotá D.C." más no la descripción del hallazgo identificado por el ente de control, toda vez que, sobre dicha causa se enfocará la acción de mejora. Al respecto, la Oficina de Control Interno recomendó que se validara la causa reportada por la Contraloría de Bogotá D.C., o en su defecto, se identificara una causa que la Entidad considere que originó el hallazgo y con base en ella formular la acción de mejora; por lo tanto, la acción formulada debe mitigar la causa determinada.

VI. RECOMENDACIONES

- Generar compromisos periódicos al interior de cada dependencia responsable de las acciones de mejora, priorizando la gestión de las actividades que permitan llevar a cabo un desarrollo progresivo e ininterrumpido de las acciones de mejora establecidas, de tal manera que se garantice un eficaz y efectivo cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C.
- Analizar la viabilidad de identificación de posibles riesgos, como también el diseño de los controles necesarios para prevenir una eventual materialización de riesgo de incumplimiento ante la Contraloría de Bogotá D.C., a la vez, el riesgo de acciones de mejora que puedan calificarse con una Efectividad menor del 75%, lo que genera que la acción, aunque se cumplió, la misma fue "inefectiva", implicando la atención de un nuevo hallazgo con características similares por parte de la Subred Sur Occidente.
- Mantener un seguimiento diligente y un óptimo cumplimiento de los planes de mejoramiento, con lo cual se fortalece la gestión y el sistema de control interno de la entidad, promoviendo una cultura de mejora continua y asegurando el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Se sugiere que las direcciones y jefaturas involucradas hagan seguimiento interno mensual al estado de avance de sus acciones asignadas, con especial énfasis en aquellas relacionadas con hallazgos reiterativos por parte de entes de control.
- Acciones que involucran procedimientos, matrices o guías deben alinearse con los sistemas de calidad, control interno y gestión del riesgo institucional, para fortalecer su aplicabilidad y sostenibilidad.

VII. CONCLUSIONES

El Plan de Mejoramiento Institucional es una herramienta de prevención, por lo que, el cumplimiento oportuno de las acciones de mejora constituye un indicador clave para evaluar la efectividad de las medidas correctivas implementadas por la Entidad. En este sentido, *"la calidad y eficacia del sistema de control interno se ve reflejado en la evolución que tenga el plan de mejoramiento institucional, en cuanto a número de hallazgos e incidencias (penales, fiscales, disciplinarias y de otro tipo) y en cuanto al estado de cumplimiento de las acciones*

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

de mejora.” (Tomado de Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3. Pág.45).

En observancia de lo anterior, la Oficina de Control Interno realizó un análisis comparativo “*de la evolución del plan de mejoramiento institucional verificando la disminución o aumento de hallazgos e incidencias año tras año*” (Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3. Pág.46), tomando como referencia los resultados derivados de las cuatro (4) últimas auditorías realizadas por la Contraloría de Bogotá D.C. a la Subred Sur Occidente, obteniéndose los siguientes datos:

PAD	CÓDIGO AUDI TORÍA	VIGENCIA AUDITADA	TOTAL HALLAZG OS	INCIDENCIAS							
				Administrativa		Disciplinaria		Fiscal		Penal	
				Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%
2022	176	2021	16	16	100%	7	44%	3	19%	0	0%
2023	159	2022	22	22	100%	11	50%	1	5%	0	0%
2024	164	2023	23	23	100%	15	65%	7	30%	0	0%
2025	143	2024	11	11	100%	4	25%	0	0%	0	0%

Descripción resultados análisis comparativo:

➤ Entre las vigencias 2022 y 2023:

- El número total de hallazgos aumentó en un **38%** (de 16 a 22).
- Las incidencias disciplinarias se incrementaron en un **57%** (de 7 a 11).
- Las incidencias fiscales disminuyeron en un **67%** (de 3 a 1).

➤ Entre las vigencias 2023 y 2024:

- El número total de hallazgos se mantuvo relativamente estable, con un leve aumento del **4.5%** (de 22 a 23).
- Las incidencias disciplinarias aumentaron en un **36%** (de 11 a 15).
- Las incidencias fiscales se incrementaron en un **600%**, pasando de 1 a 7 hallazgos.

➤ Entre las vigencias 2024 y 2025:

- Se evidenció una **disminución del 52%** en el total de hallazgos (de 23 a 11).
- Las incidencias disciplinarias también disminuyeron, pasando de 15 a 4.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO	Versión:	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3/10/2023	
		Código:	17-00-FO-0009	

- No se reportaron hallazgos con presunta incidencia fiscal.

Los resultados evidencian una mejora en la reducción del número total de hallazgos en la auditoría más reciente (vigencia 2024), lo cual podría interpretarse como un avance en la gestión institucional. Sin embargo, el comportamiento fluctuante de las incidencias disciplinarias y fiscales en años anteriores resalta la necesidad de fortalecer la formulación y ejecución de acciones de mejora que no solo cumplan con los requisitos formales, sino que sean efectivas en la eliminación de las causas raíz de los hallazgos.

Por tanto, esta Oficina de Control Interno considera imperioso que la Subred Sur Occidente continúe consolidando su sistema de control interno, asegurando que la evolución del plan de mejoramiento institucional refleje una tendencia sostenida hacia la disminución de hallazgos e incidencias, y un mayor nivel de cumplimiento y efectividad de las acciones correctivas implementadas.

Anexo 1: Matriz Consolidada Seguimiento Planes de Mejoramiento Contraloría 18jul2025 (*Nombre archivo: MatrizSgtoPM-SIVICOF-SISSO-18jul2025*).

DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- *La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información consultada por la Oficina de Control Interno en el aplicativo Almera y con las dependencias responsables de las acciones de mejora. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.*
- *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 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 julio de 2025.


CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
 Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Deissy Nathaly Cárdenas Lemus, Profesional Especializado (OPS)

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