



**NOTA INTERNA**  
SSO-2025-240-006141-3

Bogotá, 10 de noviembre 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: Resultados Seguimiento Planes de Mejoramiento institucionales con corte a 30/09/2025

Respetada doctora Andrea, cordial saludo.

En observancia del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2025 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, y en cumplimiento del Rol de Enfoque hacia la Prevención, mediante el cual, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces (versión 3), establece en el numeral 4.2 *“El Plan de Mejoramiento Institucional como herramienta de prevención”* indicando que, *“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 de mejora”*, la Oficina de Control Interno verificó con corte al 30/09/2025 el nivel de avance en el cumplimiento e/o implementación de las acciones de mejora definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en los planes de mejoramiento institucionales establecidos para subsanar los hallazgos de auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno y/o de auditorías o visitas de entes externos de control (excepto Contraloría de Bogotá D.C.).

Para llevar a cabo este seguimiento, se generó matriz en Excel desde el aplicativo Almera con el consolidado de las acciones de mejora derivadas de las auditorías y/o visitas de entes antes mencionados, en la cual se identificó un total de **99 acciones de mejoramiento** producto de consolidación final de los requerimientos de algunos procesos para el presente seguimiento, con fecha de terminación máxima al 30/09/2025, distribuidas por emisor y vigencia, así:

Nº	EMISOR	CANTIDAD DE ACCIONES DE MEJORA			
		2023	2024	2025	TOTAL
1	Auditoría Interna - Control Interno	0	30	0	30
<b>TOTAL EMISOR INTERNO</b>		<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>30</b>

2	Secretaría General - Alcaldía Mayor	0	0	5	5
3	Secretaria Distrital de Salud	0	0	7	7
4	Superintendencia Nacional de Salud	8	0	33	41
5	Personería de Bogotá D.C.	0	4	12	16
<b>TOTAL EMISOR EXTERNO</b>		<b>8</b>	<b>4</b>	<b>57</b>	<b>69</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>8</b>	<b>34</b>	<b>57</b>	<b>99</b>

Fuente: Cuadro elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI

Asimismo, por emisor se observó que estas acciones estaban asignadas a los siguientes procesos institucionales:

Nº	EMISOR	PROCESO INSTITUCIONAL	CANTIDAD ACCIONES			
			2023	2024	2025	TOTAL
1	Auditoría Interna - Control Interno	Gestión del Ambiente Físico	0	15	0	15
		Direccionamiento Estratégico y Dllo Institucional	0	7	0	7
		Gestión de Contratación	0	8	0	8
2	Secretaría General	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	0	0	5	5
3	Secretaria Distrital de Salud	Gestión Clínica Hospitalaria	0	0	3	3
		Gestión del Ambiente Físico	0	0	4	4
4	Superintendencia Nacional de Salud	Gestión del Riesgo en Salud	3	0	0	3
		Gestión Clínica de Urgencias	5	0	22	27
		Gestión Clínica Hospitalaria	0	0	11	11
5	Personería de Bogotá D.C.	Gestión Clínica Ambulatoria	0	0	4	4
		Gestión de Servicios Complementarios	0	0	4	4
		Gestión Clínica de Urgencias	0	0	4	4
		Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	2	0	0	2
		Gestión Clínica Hospitalaria	2	0	0	2
TOTAL			12	30	57	99

Fuente: Cuadro elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI

Para la evaluación y el seguimiento se realizó entendimiento del contenido de los Planes de Mejora, junto con la verificación de las fechas de terminación planeada de cada acción de mejora, priorizando aquellas con fecha de terminación máxima al 30/09/2025.

El nivel de avance y/o cumplimiento (eficacia) de cada acción de mejora se determinó a partir del análisis de los registros y soportes documentales cargados en el aplicativo Almera por los responsables de las acciones. De acuerdo con los resultados obtenidos, las acciones de mejora fueron clasificadas conforme a lo establecido en el “*Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno*” versión 1 (código 17-00-IN-0001), numeral 4. “*Definiciones*”, así:

*“A partir del seguimiento y evaluación del cumplimiento (eficacia) y de la efectividad de las acciones (preventivas y/o correctivas) que conforman el plan de mejoramiento, de acuerdo con los resultados obtenidos, cada acción será clasificada en una de las siguientes categorías o estados:*

- **Abierta:** La acción de mejora se encuentra dentro de los términos de ejecución propuestos en el plan de mejoramiento, es decir, a la fecha en que se realiza el seguimiento, la fecha final de ejecución no se ha cumplido.
- **Cumplida:** Cuando la acción de mejora es ejecutada en el 100% y es calificada con una eficacia del 100% (ejecutada conforme fue establecida la acción y su meta), y una efectividad mayor o igual al 75%, al considerar que en ese porcentaje se elimina, subsana y/o corrige la causa origen del hallazgo, o la situación de hecho o de derecho ha desaparecido.
- **Cumplida Extemporánea:** Cuando la acción de mejora es ejecutada en el 100% y es calificada con una eficacia del 100% pero se cumplió posterior a la fecha final de ejecución planeada. **Cumplida Pendiente Efectividad:** Cuando la acción de mejoramiento es ejecutada en el 100% acorde con lo propuesto en la acción y en la meta, pero se requiere realizar un proceso evaluativo que permita determinar si la (s) acción (es) subsana(n), corrige(n) o elimina(n) la causa del hallazgo, proceso que la Oficina de Control Interno realizará posteriormente, debido a que no es posible llevarlo a cabo en el momento de la evaluación de la acción.
- **Vencida:** Cuando la fecha final de ejecución de la acción se encuentra vencida y el responsable no la ha implementado en el 100% (por lo cual, la calificación de la eficacia es menor al 100%). Frente a esta situación, es pertinente solicitar al (los) responsable (s) establecer compromisos para culminar las acciones de mejoramiento que se encuentren en esta categoría.

### **Cumplimiento y/o avance de las Acciones de Mejora producto de auditorías y/o visitas de entes externos (excepto Contraloría de Bogotá D.C.).**

De acuerdo con lo establecido en el “*Manual de la mejora institucional*” versión 17 (código 02-03-MA-0001), anexo 2, numeral III “*Seguimiento a planes*”, la Oficina de Control Interno, “(...) en cumplimiento de su rol de Relación con entes externos de control (...)” realizó con corte al 30/09/2025 el seguimiento de tercer orden a los planes de mejora establecidos para subsanar

hallazgos u observaciones de las auditorías o visitas de los entes externos de control, y los siguientes fueron los resultados obtenidos para el Emisor Externo:

RESULTADOS EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO	CANTIDAD ACCIONES DE MEJORA	%
ABIERTA	2	3%
CUMPLIDA	35	51%
CUMPLIDA EXTEMPORANEA	7	10%
CUMPLIDA PENDIENTE EFECTIVIDAD	3	4%
VENCIDA	22	32%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

A continuación, se describe por Emisor el detalle del nivel de cumplimiento de las Oportunidad(es) de Mejora (OM) y el estado de las Acción(es) de Mejora (Plan de acción):

**Oportunidades de Mejora - OM:** A continuación, se detalla el “Estado” de cada Oportunidad de Mejora (OM) según el nivel de cumplimiento determinado por la Oficina de Control Interno, de conformidad con el estado que determina el aplicativo Almera:

EMISOR	OM	CUMPLIMIENTO	ESTADO
Secretaria General – Alcaldía Mayor	3710	100%	Satisfactorio
<b>TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>1</b>		
Secretaría Distrital de Salud	3761	95%	Satisfactorio
	3762	100%	Satisfactorio
	3643	100%	Satisfactorio
<b>TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>3</b>		
Superintendencia Nacional de Salud	3518	100%	Satisfactorio
	3378	70%	Aceptable
	3379	80%	Aceptable
	3518	100%	Satisfactorio
	3724	42%	Crítico
	3725	25%	Crítico

	3727	89%	Aceptable
	3735	95%	Satisfactorio
	3825	100%	Satisfactorio
	3826	100%	Satisfactorio
	3827	50%	Crítico
	3834	100%	Satisfactorio
	3831	100%	Satisfactorio
	3824	100%	Satisfactorio
	3731	30%	Crítico
	3728	48%	Crítico
	3729	100%	Satisfactorio
	3730	33%	Crítico
	3732	60%	Crítico
	3733	87%	Aceptable
	3734	50%	Crítico
	3736	92%	Satisfactorio
<b>TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>22</b>		
Personería de Bogotá	3468	100%	Satisfactorio
	3619	100%	Satisfactorio
	3779	100%	Satisfactorio
	3781	83%	Aceptable
	3782	75%	Aceptable
<b>TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>5</b>		

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

**Acciones de mejora** (Plan de acción): A continuación, se detalla la categoría otorgada a cada acción de mejora que componen el “Plan de acción” (según aplicativo Almera) de cada Oportunidad de Mejora (OM) conforme los resultados de la evaluación de cumplimiento realizada por la Oficina de Control Interno con corte a 30/09/2025, categorías que están definidas en el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001), numeral 4. “Definiciones”:

EMISOR	Abierta	Cumplida	Cumplida Extemporánea	Cumplida Pendiente efectividad	Vencida	TOTAL
Secretaría General – Alcaldía Mayor	0	2	3	0	0	5
Secretaría Distrital de Salud	0	6	0	1	0	7
Superintendencia Nacional de Salud	2	18	3	2	16	41
Personería de Bogotá	0	9	1	0	6	16

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

Los siguientes fueron los resultados obtenidos para el Emisor Interno: Control Interno

RESULTADOS EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO	CANTIDAD ACCIONES DE MEJORA	%
CUMPLIDA	11	37%
CUMPLIDA EXTEMPORÁNEA	11	37%
CUMPLIDA PENDIENTE EFECTIVIDAD	1	3%
VENCIDA	7	23%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

A continuación, se describe por Unidad Auditada (Proceso Institucional) el detalle del nivel de cumplimiento de las Oportunidad(es) de Mejora (OM) y el estado de las Acción(es) de Mejora (Plan de acción):

**Oportunidades de Mejora - OM:** A continuación, se detalla el “Estado” de cada Oportunidad de Mejora (OM) según el nivel de cumplimiento determinado por la Oficina de Control Interno, de conformidad con el estado que determina el aplicativo Almera:

UNIDAD AUDITADA	OM	CUMPLIMIENTO	ESTADO
Gestión del Ambiente Físico	3460	100%	Satisfactorio
	3605	50%	Critico
	3609	13%	Critico
	3607	100%	Satisfactorio
	3610	100%	Satisfactorio
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	3567	57%	Critico
Gestión de Contratación	3626	100%	Satisfactorio

	3631	100%	Satisfactorio
	3630	100%	Satisfactorio
	3629	100%	Satisfactorio
	3628	100%	Satisfactorio
	3627	100%	Satisfactorio

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

**Acciones de mejora** (Plan de acción): A continuación, se detalla la categoría otorgada a cada acción de mejora que componen el “Plan de acción” (según aplicativo Almera) de cada Oportunidad de Mejora (OM) conforme los resultados de la evaluación de cumplimiento realizada por la Oficina de Control Interno con corte a 30/09/2025, categorías que están definidas en el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001), numeral 4. “*Definiciones*”:

UNIDAD AUDITADA	Abierta	Cumplida	Cumplida Extemporánea	Cumplida Pendiente efectividad	Vencida	TOTAL
Gestión del Ambiente Físico	0	3	8	1	3	15
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	0	1	3	0	3	7
Gestión de Contratación	0	7	0	0	1	8

*Fuente: Elaboración propia OCI con datos de Matriz Excel de consolidación OCI*

**Nota:** La información detallada del seguimiento se encuentra documentada en archivo Excel denominado “*MatrizConsolidadaSgto-PM-a30sep2025*” adjunto a este comunicado.

En virtud de lo anterior, se insta a los líderes de los procesos a realizar seguimiento oportuno y riguroso a las acciones de mejora que conforman los planes de mejoramiento, con el fin de garantizar su cumplimiento en los términos y plazos establecidos y así contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

En concordancia con lo establecido en el Manual de la Mejora Institucional (código 02-03-MA-0001), versión 16, numeral 7.3.12 “*Cierre de Ciclos*”, apartado “*Cierre de las Oportunidades de Mejora*”, y el Instructivo para el seguimiento a planes de mejoramiento por la Oficina de Control Interno (código 17-00-IN-0001) versión 1, “*La Oficina de Control Interno es la responsable del cierre de las acciones de mejora y/o planes de mejoramiento establecidos para subsanar y/o corregir hallazgos, observaciones o deficiencias identificadas por la Oficina de Control Interno*” se procederá a realizar en el aplicativo Almera el cierre de las acciones de mejora que fueron objeto de este seguimiento, acorde con la clasificación en las categorías (estado) antes mencionadas.

En cuanto a las evidencias y/o soportes aportados por los responsables de los procesos, se reitera la importancia de que éstos correspondan estrictamente a los entregables definidos en la formulación del Plan de Mejoramiento, toda vez que, se mantienen algunas situaciones informadas en seguimientos anteriores que afectan la trazabilidad y validez de las acciones reportadas, tales como:

- Soportes que no coinciden con los productos definidos en el plan de mejora.
- Evidencias desactualizadas o sin relación con la ejecución de la acción.
- Documentación con fecha diferente al inicio de la acción y/o fecha de terminación planeada, sin justificación técnica que acredite su pertinencia como evidencia.

Por lo anterior, esta Oficina de Control Interno insta a los responsables de la ejecución de las acciones de mejora al establecimiento de mecanismos de gestión documental que garanticen que los soportes o evidencias (entregables) de estas acciones cargadas en el aplicativo Almera correspondan a los definidos en la formulación del plan de mejora y sus características, conforme lo señalado por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante concepto con radicado 20235000402261 del 23/08/2023 en el siguiente sentido:

*“(…) para el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento, frente al responsable de cumplir, administrar y custodiar los soportes de las gestiones y/o cumplimiento de las acciones de dicho plan, corresponde en primera instancia el líder del proceso o responsable en la definición y ejecución de las acciones del mismo. En este caso, es necesario que revisen la estructura para la gestión documental, ya que seguramente los registros y soportes que se aportan para los seguimientos, derivan de la gestión de los procesos, luego no se trata de archivos que una persona en específico custodia, sino de documentación del proceso que reposa o se administra acorde con las tablas de retención documental y otros repositorios de apoyo interno definidos formalmente, esquemas que pueden variar en cada entidad, acorde con sus características, estructura y complejidad.”*

En este sentido, se hace un llamado a los responsables de los procesos para garantizar que las acciones:

- Se ejecuten conforme a lo formulado en el plan de mejoramiento.
- Estén sustentadas con evidencias pertinentes, verificables, claras y coherentes con el entregable formulado.
- Sean registradas en el aplicativo Almera de forma oportuna y dentro de los plazos establecidos en la formulación del plan de mejoramiento.





Adicionalmente, se enfatiza que **toda evidencia aportada debe corresponder al periodo de ejecución de la acción**. En caso de utilizar soportes con fecha anterior, se recomienda incluir una justificación clara sobre su relevancia y valor en el marco del cumplimiento de la acción formulada.

Es importante destacar que, el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento es un indicador clave para evaluar la efectividad de las medidas correctivas implementadas; por lo tanto, el realizar un seguimiento efectivo permite fortalecer el Sistema de Control Interno de la entidad, promoviendo una cultura de mejora continua y asegura el cumplimiento de los objetivos institucionales, razón por la cual, es indispensable que los líderes de proceso (como primera línea de defensa) realicen monitoreo permanente a las acciones de mejora definidas, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional en su rol de segunda línea de defensa.

Los planes de mejoramiento son indispensables para el crecimiento y sostenibilidad de cualquier organización. Al instaurar una cultura de mejora continua, estos planes permiten identificar y solucionar problemas de manera proactiva, optimizando procesos y reduciendo el desperdicio de recursos, lo cual se traduce en un aumento significativo de la eficiencia y productividad.

Agradezco su atención y gestión pertinente, y manifiesto nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que surja en el marco de este seguimiento.

Cordialmente,

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

Anexos: Archivo Excel MatrizConsolidadaSgto-PM-a30sep2025

Proyectó: Carmen Mireya Reyes Moreno, José William Forero Jiménez y Mónica Liliana Corrales Gómez, Profesionales de la Oficina de Control Interno en rol de auditores.

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- Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (Miembro CICSCI)  
Hernando Miguel Mojica Mugno - Jefe Oficina de Sistemas de Información TICs (Miembro CICSCI)  
Jeansy Milena Ramírez Martínez - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)  
Ruby Liliana Cabrera Calderón - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)  
Bertha Lucía 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 COMETA/OCI
Revisado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA / OCI
Elaborado por:	CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA / OCI



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE

