

NOTA INTERNA  
SSO-2026-240-000428-3

Bogotá, 30 de enero de 2026

DE: **YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...**  
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)  
OFICINA DE CONTROL INTERNOPARA **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**  
GERENTE  
DESPACHO DEL GERENTE

Asunto: Informe Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2025

Cordial saludo Doctora Andrea

En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el artículo 1 del Decreto 338 de 2019) que establece: “*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, (...)*” (Subrayado fuera de texto), de manera atenta, le envío el Informe de **Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias** - Vigencia 2025 (N° OCI-SISSO-IL-2026-02) correspondiente al período 1 de enero de 2025 a 31 de diciembre de 2025.

Manifestamos nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que surja en el marco de esta auditoría de cumplimiento.

Cordialmente,

**YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...**  
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)

Anexos: 1. Informe OCI-SISSO-IL-2026-02 Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2025

Copia a: Marcia Greicy Gucaneme 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)



Jeansy Milena Ramírez Martínez - 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:	YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA...OCIOCI
Revisado por:	YOLMAN JULIAN SAENZ SANTAMARIA... / OCI
Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI

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

**N° INFORME:** OCI-SISSO-IL-2026-02

**NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA:** Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias – Vigencia 2025

## DESTINATARIOS

### **Dra. Andrea Elizabeth Hurtado Neira Gerente**

- 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)
- Jancy Milena Ramírez Martínez - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
- Ruby Liliana Cabrera Calderón- Subgerente Corporativo (Miembro CICSCI)
- Bertha Lucia Mora Quiñones- Subgerente Prestación de Servicios de Salud (Miembro CICSCI)

Otros destinatarios:

- Sofia Cristina Bautista Beltrán- Líder Planeación Estratégica. Desarrollo Institucional

## EMITIDO POR:

Yolman Julián Sáenz Santamaria

**Jefe de Control interno (E)**

**Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente**

## EQUIPO AUDITOR

- Angélica del Pilar Sánchez Pacheco Profesional Universitario (OPS)
- Jorge Orlando Sánchez Alcalá Profesional Especializado (OPS)
- Juan José Ossa Chavarriaga Profesional Universitario (OPS)
- Mónica Liliana Corrales Gómez Profesional Universitario G19
- Nelly Esperanza Zambrano Ruiz Profesional Universitario G15
- José William Forero Jiménez Profesional Universitario G15
- Carmen Mireya Reyes Moreno Profesional Enfermera G20

## I. OBJETIVO(S)

Evaluar los resultados de gestión presentados por las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., con respecto a los compromisos establecidos en el Plan de Acción Anual de la vigencia 2025

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

## II. ALCANCE

Vigencia 2025 (período comprendido entre el 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025).

## III. MARCO NORMATIVO

Acuerdo N° 15 de 2017 (5 de abril) "Por el cual se establece la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E." ACUERDO No. 147 (25 DE MAYO DE 2023) "Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E."

Acuerdo 087 del 18 de diciembre de 2024 Por el cual se aprueba el Plan Estratégico Institucional 2025-2028 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se derogan el Acuerdo 198 del 18 de diciembre del 2020 y el Acuerdo 199 de 2020.

01-01-ACU-003-2025 Acuerdo 003 del 29 de enero de 2025 PAAI Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción Anual institucional vigencia 2025 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Acuerdo 040 del 25 de junio del 2025 Por el cual se aprueba actualización / Modificación del Acuerdo 087 de 2024, Plan Estratégico Institucional 2025-2028 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Código: 01-01-GI-0001 GUIA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Versión: 5 vigente para el periodo auditado. Fecha de aprobación: 23/07/2021

Formato: EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025 Oficina de Control Interno (sin codificación Institucional).

## IV. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno adelantó la evaluación de la gestión por dependencias correspondiente a la vigencia 2025, de conformidad con las directrices establecidas por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno para las entidades del orden nacional y territorial, contenidas en la Circular 004 del 27 de septiembre de 2005.

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

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

En el marco de la función de la Oficina de Control Interno de velar por el cumplimiento normativo, establecida en el literal 'e' del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, se llevó a cabo la verificación técnica de los datos. Para este propósito, se utilizó como fuente oficial el aplicativo Institucional Almera. A continuación, se detalla el resultado:

DEPENDENCIA	RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO
Dirección Administrativa	100
Dirección de Contratación	100
Dirección de Gestión del Riesgo en salud	94,18
Dirección de Servicios Ambulatorios	100
Dirección de Servicios Complementarios	100
Dirección de Servicios de Urgencias	99.45%
Dirección de Servicios Hospitalarios	100
Dirección del Talento Humano	100
Dirección Financiera	84,62
Oficina Asesora de Comunicaciones	100
Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	87,7
Oficina de Calidad	93,87
Oficina de Control Interno	100
Oficina de Control Interno Disciplinario	96,35
Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	97,5
Oficina de Sistemas de Información -TIC	96
Oficina Gestión del Conocimiento	95
Oficina Jurídica	100

Origen de los datos revisados: Almera Institucional Plan de acción de cada dependencia vigencia 2025.

Cuadro elaboración propia de la OCI.

## CONCLUSIONES

Tras la verificación técnica realizada en el aplicativo Institucional Almera, se determinó que la Entidad alcanzó un promedio de cumplimiento del 96,92% en la evaluación por dependencias para la vigencia 2025. Este resultado refleja un alto nivel de eficiencia en el seguimiento de metas y compromisos institucionales, evidenciando una gestión alineada con los parámetros de la Circular 004 de 2005 y los objetivos estratégicos de la organización."

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

### Recomendación

"Se recomienda a los líderes de cada dependencia fortalecer la oportunidad y calidad en el cargue de evidencias dentro del sistema operativo institucional. Para mantener la tendencia de mejora continua, es imperativo establecer puntos de control internos que garanticen el reporte de información en tiempo real, mitigando así el riesgo de desactualización y asegurando la integridad de los datos para la toma de decisiones estratégicas."

Bogotá D.C., treinta (30) de enero (01) de 2026.



Yolman Julian Sáenz Santamaría  
**Jefe Oficina de Control Interno**

**Consolidó:** (Mónica Liliana Corrales Gómez Profesional Universitario G19 - Carmen Mireya Reyes Moreno Profesional Enfermera G20)

**Revisó:** Yolman Julián Sáenz Santamaría

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 26-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Comunicaciones Proceso asociado: Gestion de Comunicaciones		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Objetivo Estratégico:			
Objetivo del Proceso: Orientar, planear y evaluar la gestión de comunicaciones, desarrollando estrategias que garanticen que la información institucional sea oportuna, precisa, comprensible, completa y accesible para facilitar la relación con los diferentes públicos (interno y externos), en coherencia con la misión y visión institucional.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) Resultado OC	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-12-03 Apropiación de la información por los canales de comunicación interna de la Subred Sur Occidente E.S.E.	72%	100%	Para la vigencia de 2025 se mantiene el análisis de apropiación de información por los canales de comunicacion interna de la Subred Sur Occidente E.S.E. infiriendo un nivel de apropiacion de 89.15% para el periodo 2025, resultado de 2329 colaboradores con resultado aprobatorio de un total evaluado 2611 colaboradores de apropiaciones lo que demuestra el cumplimiento de las estrategias y medios de comunicación y su efectividad.  Obteniendo un 100% de cumplimiento del indicador con respecto a la meta establecida del 72%.
PAA-25-12-04 Adherencia a las estrategias de comunicación interna de la Subred Sur Occidente E.S.E.	80%	100%	Para la vigencia de 2025 se evidencio que las estrategias de comunicación implementadas alcanzaron un nivel promedio de adherencia para el periodo 2025 del 90%, discriminados para el primer semestre (89%), segundo semestre (91%) entre los colaboradores encuestados, evaluando 25818 criterios de manera satisfactoria de un total de 28752 obteniendo una evaluación del 100% de cumplimiento con el indicador, con respecto a la meta establecida del 80%.
PAA-25-12-05 Percepción de la imagen institucional de la Subred Sur Occidente E.S.E.	70%	100%	Para la vigencia de 2025 se evidencio en el aplicativo Almera actualización de los canales de información de la Subred y se crearon nuevas estrategias de comunicación, se observa un crecimiento continuo del 91% en la percepción positiva de la imagen institucional, discriminados para el primer semestre (90.22%) , Segundo semestre (91.7%), producto de 1028 usuarios con percepción favorable de un total de usuarios encuestados 1131 obteniendo una

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 26-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Comunicaciones Proceso asociado: Gestion de Comunicaciones		
			evaluación del 100% de cumplimiento con el indicador, con respecto a la meta establecida DEL 70% .
PAAI-25-12-01 Efectividad de las estrategias de comunicación establecidas en el Manual de Comunicaciones de la Subred Sur Occidente E.S. E	90%	100%	<p>Para la vigencia de 2025 el proceso de Gestión de Comunicaciones verificando los resultados de las dos encuestas aplicadas —la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna y la Encuesta de Percepción de la Imagen Institucional y Efectividad de la Comunicación Externa—, donde se analizaron específicamente las preguntas relacionadas con los criterios de oportunidad, precisión, comprensión y completitud de la información, los cuales permiten evaluar la efectividad de la comunicación institucional.</p> <p>Con base en la sumatoria de las respuestas, se identificó que, de manera general, la comunicación institucional de la Subred Sur Occidente alcanzó una calificación del 94,7%, para el primer semestre , segundo semestre 94.5 % para un cumplimiento anual de 94.6% , como resultado de la evaluación de 13358 criterios evaluados satisfactoriamente de un total de criterios evaluados de 14118 .</p> <p>Obteniendo un 100% de cumplimiento del indicador con respecto a la meta establecida del 90%.</p>
PAAI-25-12-02 Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública (ITA) de la Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Para la vigencia de 2025, la Procuraduría emitió el Reporte de Cumplimiento ITA 2025, en el cual la entidad obtuvo un nivel de cumplimiento de 100 sobre 100 puntos, lo que refleja el compromiso institucional con la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso oportuno a la información pública. Dicho reporte se encuentra identificado con el Número de documento NI 900959048, generado el 25 de agosto de 2025 a las 12:38 p.m.</p> <p>Obteniendo un 100% de cumplimiento del indicador con respecto a la meta establecida.</p>
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		100%	



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 26-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Comunicaciones Proceso asociado: Gestion de Comunicaciones
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia: Se evidencio en el aplicativo Almera los indicadores PAA y PAAI del proceso Gestion de Comunicaciones dando como resultado en el seguimiento efectuado el 100 % de cumplimiento de las metas para la vigencia de 2025	
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:	
8. Firmas	
WILLIAM FOREROJIMENEZ AUDITOR (ES)	

Fecha: 28-01-2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección de contratación Proceso asociado: Gestión de Contratación		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: <b>Objetivo Estratégico:</b> Adelantar los procesos precontractual, contractual y pos contractual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. <b>Objetivo del Proceso:</b> Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso)			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) Resultado OC	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-18-01. Capacitation sobre el adecuado ejercicio de la supervisión contractual en la Subred Sur Occidente E.S.E	80%	100%	Durante la vigencia 2025 el proceso de Gestion de Contratacion, realizo 17 sesiones programas y ejecutadas en un 100%, donde se abordo temas de: supervision contractual, normatividad contractual, estatuto manual de contratacion, consultas de procesos Secop II, la Oficina de Control Interno dentro de su seguimiento efectuado evidencio durance los Cuatro trimestres del periodo 2025 los respectivos soportes como actas, listas de asistencias presentaciones Power Point.

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

Fecha: 28-01-2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de contratación  <b>Proceso asociado:</b> Gestión de Contratación		
PAA-25-18-02 Apropriación del Conocimiento capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E	80%	100%	Durante la vigencia 2025 el proceso de Gestion de Contratacion evaluo 236 colaboradores dentro de los cuales 203 colaboradores obtuvieron un resultado superior al 86% en pos-test de capacitación Supervisión Contractual con un 100% de cumplimiento de la meta propuesta.
PAA-25-18-03 Publicación procesos precontractuales de bienes y/o servicios de la Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	<p>Durante la vigencia de 2025 el proceso de gestion de contratacion efectuo para el primer trimestre 249 publicaciones precontractuales de bienes y servicios y el Segundo semestre 123 publicaciones para un total de 372 publicaciones publicados en el secop II</p> <p>Como resultado se concluye un cumplimiento del 100% de la meta propuesta.</p>
PGG-25-18-04 Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante compras conjuntas y/o mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE	70%	100%	<p>La Sub Red Sur Occidente ESE para la vigencia 2025 dispuso un presupuesto de \$ 68.584.779.002 alcanzando una ejecucion de \$ 67.927.2498 descriminados para el primer semestre \$ 20.742.312.16, segundo semestre \$ 47.184.937 de los procesos contractuales de adquisicion de medicamentos y material medico quirurgico a traves de la plataforma Secop II equivalente a un 99% en su ejecucion.</p> <p>Como resultado se concluye un cumplimiento del 100% de la meta propuesta.</p>
PAA-25-18-05 Liquidación de contratos de bienes y/o Servicios de la Subred Sur Occidente ESE	80%	100%	<p>El proceso Gestion de contratación al cierre de la vigencia 2025 liquido 390 contratos de bienes y /o servicios de la Red Sur Occidente ESE descriminados en los siguientes trimestres asi:</p> <p>Primer trimestre (3), segundo trimestre (14), tercer trimestre (80),cuarto trimestre (293) .</p> <p>Como resultado de cumplimiento de un 100% de la meta propuesta.</p>
POL 18 00 001Cumplimiento de reporte de SARLAFT Sub Red Sur Occidente ESE	100%	100%	<p>El proceso de Gestion Contractual para la vigencia 2025 realizo el cumplimiento de 12 reportes de SARLAFT evidenciado en el aplicativo Almera.</p> <p>Como resultado se concluye un cumplimiento del 100% con respect a la meta propuesta.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

Fecha: 28-01-2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de contratación <b>Proceso asociado:</b> Gestión de Contratación	
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>	100%	
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> El proceso Gestion de Contratacion obtuvo como resultado del seguimiento un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas para la vigencia de 2025		
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b>		
<b>8. Firmas</b>		
WILLIAM FORERO JIMENEZ AUDITOR (ES)		

1.Fecha: 26/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora Juridica Proceso asociado: Gestión Jurídica		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:  Objetivo del Proceso: Asesorar, representar y defender en asuntos jurídicos -administrativos y judiciales internos y externos relacionados con las actividades desarrolladas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con el propósito de prevenir el daño antijurídico.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%)  (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1.Fecha: 26/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora Juridica																																											
		Proceso asociado: Gestión Jurídica																																											
PAA-25-15-01  Oportunidad de atención en las acciones judiciales de la Subred Occidente ESE	90%	100%	<p>De acuerdo con la información suministrada por la Oficina Jurídica, durante la vigencia 2025 se radicaron un total de 1.508 demandas, las cuales fueron debidamente asignadas y contestadas. Así mismo, se reporta la existencia de 622 demandas activas correspondientes a la vigencia 2025, las cuales se encuentran identificadas, clasificadas y en seguimiento.</p> <p>La entidad manifiesta que el detalle de estas demandas se encuentra soportado en los anexos que hacen parte integral del informe. No obstante, se evidencia que dichos soportes corresponden a una tabla en Excel construida internamente, y no a la fuente oficial del sistema SIPROJWEB, la cual es la plataforma definida en la ficha técnica del indicador como fuente primaria de información.</p> <p>Esta situación implica que la información, si bien es organizada y sistematizada, no proviene directamente de la fuente oficial establecida, lo cual limita la trazabilidad, la validación de integridad de datos y la confiabilidad del proceso de medición del indicador.</p>																																										
			<table><tr><th colspan="3">TOTAL DE DEMANDAS RADICADAS EN VIGENCIA 2025</th></tr><tr><th>CLASE DE PROCESO</th><th>NÚMERO DE PROCESOS</th><th>PORCENTAJE</th></tr><tr><td>ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO</td><td>1</td><td>0,07%</td></tr><tr><td>ACCIÓN DE TUTELA</td><td>1310</td><td>86,87%</td></tr><tr><td>CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL</td><td>36</td><td>2,39%</td></tr><tr><td>CONCILIACION JUDICIAL</td><td>1</td><td>0,07%</td></tr><tr><td>EJECUTIVO CONTENCIOSO</td><td>47</td><td>3,12%</td></tr><tr><td>EJECUTIVO LABORAL</td><td>1</td><td>0,07%</td></tr><tr><td>NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO</td><td>102</td><td>6,76%</td></tr><tr><td>ORDINARIO LABORAL</td><td>1</td><td>0,07%</td></tr><tr><td>RECURSO EXTRAORDINARIO DE UNIFICACIÓN DE JURISPRUDENCIA</td><td>2</td><td>0,13%</td></tr><tr><td>REPARACION DIRECTA</td><td>6</td><td>0,40%</td></tr><tr><td>RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL</td><td>1</td><td>0,07%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>1508</td><td>100%</td></tr></table>	TOTAL DE DEMANDAS RADICADAS EN VIGENCIA 2025			CLASE DE PROCESO	NÚMERO DE PROCESOS	PORCENTAJE	ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO	1	0,07%	ACCIÓN DE TUTELA	1310	86,87%	CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	36	2,39%	CONCILIACION JUDICIAL	1	0,07%	EJECUTIVO CONTENCIOSO	47	3,12%	EJECUTIVO LABORAL	1	0,07%	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	102	6,76%	ORDINARIO LABORAL	1	0,07%	RECURSO EXTRAORDINARIO DE UNIFICACIÓN DE JURISPRUDENCIA	2	0,13%	REPARACION DIRECTA	6	0,40%	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	1	0,07%	TOTAL	1508	100%
TOTAL DE DEMANDAS RADICADAS EN VIGENCIA 2025																																													
CLASE DE PROCESO	NÚMERO DE PROCESOS	PORCENTAJE																																											
ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO	1	0,07%																																											
ACCIÓN DE TUTELA	1310	86,87%																																											
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	36	2,39%																																											
CONCILIACION JUDICIAL	1	0,07%																																											
EJECUTIVO CONTENCIOSO	47	3,12%																																											
EJECUTIVO LABORAL	1	0,07%																																											
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	102	6,76%																																											
ORDINARIO LABORAL	1	0,07%																																											
RECURSO EXTRAORDINARIO DE UNIFICACIÓN DE JURISPRUDENCIA	2	0,13%																																											
REPARACION DIRECTA	6	0,40%																																											
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	1	0,07%																																											
TOTAL	1508	100%																																											
			<p>Por otra parte, no se observaron evidencias que dan cuenta de los repartos de los procesos judiciales y conciliación extrajudiciales a cada uno de los abogados de la Oficina Jurídica; sin embargo,</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada.</p>																																										

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1.Fecha: 26/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora Jurídica Proceso asociado: Gestión Jurídica		
<p><b>PAA-25-15-02</b></p> <p>Oportunidad en la atención de los procesos administrativos sancionatorios de la Subred Occidente ESE</p>	90%	100%	<p>Durante los períodos evaluados, la Oficina Jurídica reportó un total consolidado de 232 procesos administrativos sancionatorios en contra de la Subred Occidente ESE, distribuidos así:</p> <p>Total, consolidado de procesos:</p> <p>Investigaciones preliminares sancionatorias: 107</p> <p>Investigaciones administrativas sancionatorias: 125</p> <p>Estos procesos se originaron por incumplimientos de los atributos de la calidad en salud evaluados por la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.</p> <p>Se informó que los procesos, tanto en estados activos como terminados y pendientes de cumplimiento, fueron atendidos oportunamente, dentro de los términos administrativos establecidos en la normatividad vigente, y bajo la gestión directa de los profesionales jurídicos responsables.</p> <p>El análisis consolidado permitió evidenciar que la Subred mantuvo un volumen significativo y sostenido de procesos administrativos sancionatorios, lo cual demandó una estructura robusta de planeación, seguimiento, control y evaluación permanente, a fin de garantizar no solo la oportunidad en la atención, sino también la calidad jurídica en cada etapa del proceso.</p> <p>No se evidenció la fuente oficial de información, tal como lo estableció la ficha técnica del indicador (link de acceso a la base de datos de procesos administrativos sancionatorios de la Oficina Jurídica).</p> <p>Los soportes aportados no fueron acordes con la fuente definida, correspondiendo a registros secundarios y consolidados internos que no garantizaron trazabilidad directa con el sistema fuente; adicionalmente, no se presentó el cálculo numérico del indicador conforme a la fórmula definida.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada.</p>

EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

Oficina de Control Interno

1.Fecha: 26/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora Jurídica Proceso asociado: Gestión Jurídica		
<p><b>PAA-25-15-03</b></p> <p>Oportunidad en la gestión de respuesta a los requerimientos presentados a la Subred Sur Occidente ESE y que sean de competencia de la Oficina Jurídica</p>	100%	100%	<p>Durante el período evaluado (primer y segundo semestre de 2025), la Oficina Jurídica reportó la gestión de los requerimientos jurídicos a través de bases de datos en formato Excel denominadas “<i>BASE DERECHOS DE PETICIÓN OFICINA JURÍDICA</i>”, en las cuales se consolidó la información correspondiente a los requerimientos allegados, tramitados y respondidos por la dependencia.</p> <p>Se relacionaron un total de 3.223 requerimientos gestionados, discriminados en 1.382 peticiones correspondientes al primer semestre y 1.841 requerimientos del segundo semestre de 2025, los cuales fueron tramitados y respondidos dentro de los términos legales.</p> <p>Así mismo, se informó que durante el período evaluado se allegaron 6.573 radicados a la Oficina Jurídica, los cuales incluyeron acciones de tutela, requerimientos de despachos judiciales, actuaciones dentro de procesos judiciales y otros requerimientos de carácter informativo, los cuales no se encontraron regulados por el régimen de derechos de petición ni requirieron respuesta dentro de los términos legales establecidos,</p> <p>De manera consolidada, la información reportada evidenció una gestión organizada, sistemática y documentada de los requerimientos jurídicos por parte de la Oficina Jurídica; sin embargo, los soportes se sustentaron en bases de datos internas en Excel y no se evidenció extracción, validación ni trazabilidad directa desde la fuente oficial definida en la ficha técnica del indicador (SIPROJWEB), lo cual limitó la confiabilidad, verificabilidad y auditabilidad de la información como fuente primaria del indicador.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada.</p>
<p><b>PAA-25-15-04</b></p> <p>Apropiación del programa de prevención de daño antijurídico a los supervisores de contratos de la Subred Sur Occidente ESE</p>	100%	100%	<p>Durante el período evaluado, la Oficina Jurídica, realizó cuatro (4) capacitaciones dirigidas a colaboradores y funcionarios públicos de la Subred Sur Occidente ESE, relacionadas con las generalidades del ejercicio de la supervisión de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, así como con el uso de la plataforma SECOP II, los días 12 de marzo de 2025, 04 de abril de 2025, 02 de septiembre de 2025 y 18 de diciembre de 2025</p> <p>Las jornadas de capacitación estuvieron orientadas al fortalecimiento de las acciones de prevención del daño antijurídico y a la apropiación institucional del programa por parte de los supervisores de contratos.</p> <p>Durante las sesiones se abordaron los cambios normativos en el proceso de contratación, destacándose el nuevo Estatuto de Contratación y el Manual de Contratación 2025, así como la importancia de la colaboración interinstitucional y el aprendizaje continuo. Igualmente, se explicaron las diferentes responsabilidades asociadas a la función de supervisión, incluyendo la responsabilidad civil, fiscal, penal y disciplinaria, así como los cambios en la terminología aplicada en la supervisión contractual.</p>



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 26/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina Asesora Jurídica <b>Proceso asociado:</b> Gestión Jurídica		
			<p>En cumplimiento del indicador, se aplicaron instrumentos de medición tipo pre-test y post-test, con el fin de evaluar la adherencia, apropiación y fortalecimiento del conocimiento en los colaboradores capacitados frente a la prevención del daño antijurídico, permitiendo medir el nivel de apropiación del programa por parte de los supervisores de contratos.</p> <p>Como soportes del proceso, se aportaron informes de apropiación, actas de socialización, registros de capacitaciones y resultados de pre-test y post-test, los cuales constituyeron la evidencia documental del desarrollo de la estrategia de formación y sensibilización institucional.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada.</p>
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		<b>100%</b>	
<p><b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b></p> <p>La Dependencia obtuvo un cumplimiento del 100% frente a las actividades propuestas.</p> <p>La evaluación consolidada de los indicadores de gestión de la Oficina Jurídica permitió evidenciar una gestión operativa organizada, continua y funcional, orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales de la Subred Sur Occidente ESE. La dependencia demostró capacidad de respuesta, control administrativo y desarrollo de acciones sistemáticas en la atención de procesos judiciales, requerimientos jurídicos, procesos administrativos sancionatorios y en la implementación del programa de prevención del daño antijurídico.</p>			
<p><b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b></p> <p>Fortalecer la gestión técnica de sus indicadores, mediante la estandarización de las fuentes oficiales de información, la automatización de los procesos de medición y el fortalecimiento de la trazabilidad de los datos, garantizando que los resultados reportados sean verificables, auditables y comparables.</p>			
<p align="center"><b>8. Firmas</b></p> <p align="center">Angélica del Pilar Sánchez Pacheco</p> <p align="center"><b>AUDITOR</b></p>			
<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección Financiera <b>Proceso asociado:</b> Gestión Financiera		
<p><b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b></p> <p><b>Objetivo Estratégico:</b> Lograr la sostenibilidad Financiera de la Subred.</p>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Financiera		
	Proceso asociado: Gestión Financiera		
Objetivo del Proceso: Administrar y gestionar de manera eficiente los recursos financieros que contribuya a la sostenibilidad y perdurabilidad de la Subred Sur Occidente a través del tiempo			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
PAAI-25-11-01 Equilibrio presupuestal Subred Sur Occidente ESE	Meta > a 93,0%	99.5%	<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de Equilibrio presupuestal de la Subred Sur Occidente ESE presentó un comportamiento altamente variable, con resultados mensuales tanto por encima como por debajo de la meta institucional (&gt;93%), evidenciándose cumplimiento en los meses de febrero (93,8%), marzo (108,0%), abril (103,1%) y mayo (200,2%), mientras que en enero (75,4%), junio (63,1%), julio (69,3%), agosto (67,8%), septiembre (74,8%), octubre (81,7%), noviembre (82,1%) y diciembre (91,0%)</p> <p>El cumplimiento anual del indicador de equilibrio presupuestal para la vigencia 2025 fue del 92,5%, valor inferior a la meta institucional establecida (&gt;93%).</p> <p>En cuanto la información a diciembre 2025, la información verificada es suficiente y sustenta la fórmula del indicador</p>
PAAI-25-11-03 Recaudo realizado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	Meta > a 80,0%	100%	<p>Se evidenció una recuperación progresiva y sostenida durante el segundo semestre de 2025, alcanzando niveles superiores a la meta institucional del 80%. En la última medición registrada (noviembre de 2025), la cartera recaudada de vigencias anteriores ascendió a \$62.803.195.271, frente a un valor total de cartera registrada de \$65.654.711.927 (excluyendo entidades en liquidación, letras, pagarés, saldos en depuración y convenios no gestionables), lo que representó un cumplimiento del 95,7% del indicador. Se precisó que la medición del mes de diciembre de 2025 no se encontraba registrada, por lo cual la evaluación se realizó sobre 11 meses efectivos de medición.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada</p>
PAAI-25-11-04 Recaudo de facturación radicada de la vigencia actual Subred Sur Occidente ESE	> a 80,0%)	100%	<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de Recaudo de facturación radicada de la vigencia actual de la Subred Sur Occidente ESE presentó un comportamiento variable, evidenciándose cumplimiento de la meta institucional (&gt;80%) en los trimestres enero-marzo (91,2%) y abril-junio (81,0%), mientras que en el período julio-septiembre (72,0%) el indicador</p>



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Financiera Proceso asociado: Gestión Financiera		
			no alcanzó el estándar definido, reflejando una disminución en la efectividad del recaudo frente al crecimiento de la facturación radicada. El resultado acumulado mostró una tendencia decreciente en el desempeño (91,2% → 86,1% → 81,4%), lo cual evidenció pérdida progresiva de capacidad de recaudo efectivo en el transcurso de la vigencia. Se precisó que no se contó con medición correspondiente al cuarto trimestre de 2025, por lo cual la evaluación se realizó únicamente sobre tres períodos trimestrales. En consecuencia, desde el enfoque de la Oficina de Control Interno, el indicador se consideró parcialmente cumplido en términos acumulados, al mantenerse el acumulado por encima del 80%.
PAA-25-11-05 Conciliación de cartera Subred Sur Occidente ESE	Meta > a 80,0%	23,6 %	<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de Conciliación de cartera de la Subred Sur Occidente ESE presentó una variación significativa en los niveles de cumplimiento, evidenciándose niveles de cumplimiento inferiores a la meta institucional del 80% en 10 de los 11 meses medidos, con desempeños críticos en enero (21,2%), febrero (1,7%), marzo (25,9%), abril (23,0%), mayo (2,7%), julio (31,8%), agosto (18,5%), septiembre (30,4%), octubre (1,5%) y noviembre (5,8%), y únicamente cumplimiento en junio (96,6%), lo cual reflejó debilidades estructurales en los procesos de conciliación, depuración, gestión de glosas y recuperación efectiva de cartera con los diferentes prestadores distintos al FFD y Capital Salud. Se precisó que no se contó con medición correspondiente al mes de diciembre de 2025, por lo cual la evaluación del indicador se realizó sobre 11 meses efectivos de medición.</p> <p>El indicador de conciliación de cartera se calificó como NO CUMPLIDO, al presentar un desempeño promedio anual del 23,6%, muy inferior a la meta institucional (&gt;80%)</p>
PGG-25-11-06 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto del salario de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	(\$0)		<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios presentó un comportamiento controlado, registrando en el período enero-abril (2025) un valor de deuda de \$0, en cumplimiento pleno de la meta institucional (\$0), y en el período mayo-agosto (2025) una variación negativa de \$1.617.131, resultante del incremento del valor de la deuda superior a 30 días de \$65.046.565 (vigencia anterior) a \$66.663.696 (vigencia evaluada). Se precisó que no se contó con medición del último cuatrimestre de la vigencia, por lo cual la evaluación se realizó sobre dos períodos cuatrimestrales efectivos. En consecuencia, desde el enfoque de la Oficina de Control Interno, el indicador se consideró parcialmente cumplido, al mantenerse niveles de deuda bajos, pero sin lograr el cumplimiento pleno y sostenido de la meta institucional (\$0).</p>
PAA-25-11-08	> a 97 %	100%	Durante la vigencia 2025, el indicador de Oportunidad en la radicación de la facturación causada de la Subred Sur Occidente ESE evidenció un

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Financiera	
		Proceso asociado: Gestión Financiera	
Oportunidad en la radicación de Facturación causada Subred Sur Occidente ESE			desempeño alineado con la meta institucional, al registrarse al cierre del mes de noviembre un nivel de cumplimiento del 97%, resultado de una facturación causada acumulada de \$508.335.381.528 y una facturación radicada acumulada de \$491.551.804.055, lo cual reflejó una gestión eficaz y oportuna en los procesos de facturación, radicación y control financiero por parte de la Dirección Financiera, orientada a la sostenibilidad institucional y a la garantía de la prestación integral de los servicios. Se precisó que no se contó con medición correspondiente al mes de diciembre de 2025, por lo cual la evaluación del indicador se realizó con información acumulada hasta noviembre  Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada
PAA-25-11-02  Total de Recaudo vigente en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	80%		Al cierre de noviembre de 2025, el indicador de Total de recaudo vigente registró un recaudo de \$38.122.452.475, equivalente al 20% del saldo total de la cartera (\$283.048.578.846), valor significativamente inferior a la meta institucional (>80%). La alta concentración de cartera mayor a 360 días (58%) evidenció un riesgo financiero estructural para la sostenibilidad de la Subred. Dado que no se contó con medición de diciembre, la evaluación se realizó con información acumulada hasta noviembre.
RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO		84.62%	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:			
La dependencia obtuvo una calificación general del 84.62%.			
La Oficina de Control Interno conceptuó que la evaluación integral de la Gestión Financiera de la Subred Sur Occidente ESE arrojó una calificación global del 84.62%, resultado obtenido a partir del análisis de cinco (5) indicadores cuantificables, teniendo en cuenta que solo fue posible realizar medición técnica sobre cinco de los siete indicadores definidos para la vigencia, debido a limitaciones en la disponibilidad, oportunidad y completitud de la información para los indicadores restantes.			
En conclusión, la Gestión Financiera requiere el fortalecimiento estructural de sus procesos de medición, seguimiento y control, con el fin de consolidar una gestión sostenible, estable y basada en información completa, oportuna y verificable.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:			
Se recomienda a la dependencia de Gestión Financiera fortalecer de manera integral el sistema de planeación, medición, seguimiento y control financiero, garantizando la medición completa de todos los indicadores definidos, la oportunidad en el cargue de la información, la estandarización de las fuentes oficiales y la trazabilidad de los datos			
Firma			
Angélica del Pilar Sánchez Pacheco			
Auditor(a)			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios complementarios  Proceso asociado: Gestión de Servicios Complementarios		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Objetivo del Proceso: Prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para complementar y evaluar el tratamiento de una situación en salud. Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso)			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-08-01 Fórmulas médicas entregadas de manera oportuna (menor 48 horas) en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	95%	100%	Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. monitoreó de manera permanente el indicador “Fórmulas médicas entregadas de manera oportuna (menor a 48 horas)”, en el marco del proceso de Gestión de Servicios Complementarios, con una meta institucional establecida del 95% y frecuencia de medición mensual.  Documentos revisados en la fuente almera Institucional, con el código del indicador  Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada
PAA-25-08-02 Oportunidad en la entrega de lectura de imágenes diagnosticas Servicio de Urgencias Subred Sur Occidente ESE	300M	100%	La Oficina de Control Interno conceptuó que el indicador de oportunidad en la entrega de lectura de imágenes diagnósticas para el servicio de urgencias de la Subred Sur Occidente ESE cumplió de manera consistente el estándar institucional establecido de 300 minutos, al registrarse tiempos promedio de respuesta significativamente inferiores a dicho umbral durante el período evaluado. La medición evidenció un desempeño estable, controlado y sostenido, incluso en escenarios de incremento de la demanda, lo cual reflejó eficiencia operativa, consolidación de los procesos internos y adecuada articulación entre el servicio de urgencias y el área de imágenes diagnósticas.  Documentos revisados en la fuente almera Institucional, con el código del indicador  Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios complementarios  Proceso asociado: Gestión de Servicios Complementarios		
<p>PAA-25-08-03</p> <p>Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Urgencias Subred Sur Occidente E.S.E</p>	120,0M	100%	<p>La Oficina de Control Interno conceptuó que el indicador de oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en el servicio de urgencias de la Subred Sur Occidente E.S.E. cumplió de manera consistente el estándar institucional establecido de 120 minutos, al evidenciarse tiempos promedio de respuesta inferiores a dicho umbral durante todo el período evaluado. La medición reflejó un desempeño estable, controlado y sostenido, respaldado por procesos operativos consolidados, adecuada gestión de la demanda asistencial y fortalecimiento de los mecanismos internos de control y seguimiento.</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada</p>
<p>PAA-25-08-04</p> <p>Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Hospitalización Subred Sur Occidente ESE</p>	120,0M	100%	<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en hospitalización de la Subred Sur Occidente ESE mantuvo un desempeño estable, eficiente y sostenido, cumpliendo de manera permanente el estándar institucional de 120 minutos, al registrarse tiempos promedio de entrega consistentemente inferiores a dicho umbral, con un promedio anual aproximado de 96 minutos</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada</p>
<p>PAA-25-08-05</p> <p>Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en consulta externa Subred Sur Occidente</p>	120,0M	100%	<p>Durante la vigencia 2025, el indicador de oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en consulta externa de la Subred Sur Occidente ESE mantuvo un desempeño estable, eficiente y sostenido, cumpliendo de manera permanente el estándar institucional de 1.440 minutos (24 horas), al registrarse tiempos promedio de entrega ampliamente inferiores a dicho umbral, con un promedio anual aproximado de 9 horas y 22 minutos, a pesar del incremento significativo de la demanda de exámenes.</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta fijada</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 27/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios complementarios  <b>Proceso asociado:</b> Gestión de Servicios Complementarios		
PAA-25-08-06  Proporción de construcción de Fistulas arteriovenosas a los pacientes prevalentes en Hemodiálisis con Catéter como acceso vascular en la Unidad Renal de la Subred Sur	> a 60,0%	100%	Durante la vigencia 2025, el indicador de proporción de construcción de fistulas arteriovenosas (FAV) en pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular en la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E. presentó un comportamiento variable, con periodos de cumplimiento y no cumplimiento del estándar institucional ( $\geq 60\%$ ), condicionado por factores clínicos, logísticos, administrativos y propios de los pacientes; no obstante, el consolidado anual evidenció la programación de 60 procedimientos y la realización de 29 construcciones, lo que correspondió a un cumplimiento global del 48,3%, y un cumplimiento acumulado del 60,6% frente al estándar institucional, resultado que permitió alcanzar el umbral mínimo exigido por la Subred, gracias a la recuperación operativa en el segundo semestre y al desempeño positivo del último trimestre (66,7% en diciembre), en un contexto de alta complejidad clínica y social de la población atendida; en consecuencia, desde el enfoque de la Oficina de Control Interno, el indicador se consideró cumplido de forma técnica a nivel acumulado
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		100%	
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b>  Los soportes verificados de los indicadores tácticos y estratégico objeto de la evaluación dan cuenta de las acciones ejecutadas por la dependencia.			
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b>  Continuar fortaleciendo el seguimiento, monitoreo y control permanente de sus indicadores de gestión, garantizando la sistematicidad en la recolección, consolidación y análisis de la información, así como la conservación de evidencias adecuadas, completas, trazables y verificables, que respalden de manera objetiva los resultados reportados y faciliten los procesos de evaluación, auditoría y control interno.			
<b>8. Firmas</b>			
Angélica del Pilar Sánchez Pacheco  <b>Auditor(a)</b>			



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de Gestión del Talento Humano  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Integral del Talento Humano											
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> No se registra definición para este proceso.  <b>Objetivo del Proceso:</b> Identificar y gestionar las necesidades del Talento humano(colaboradores, docentes y estudiantes) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en las fases de planeación, administración y desvinculación a partir del ciclo de permanencia del colaborador (ingreso-permanencia-retiro) mediante el desarrollo de lineamientos, planes y programas que mejoren las competencias, el clima organizacional y las condiciones de trabajo dignas y decentes, y la seguridad y salud en el trabajo, en el marco de una filosofía de humanización y mejoramiento continuo.  <b>Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAAI-25-04-01. Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo en el marco de la estrategia de formalización laboral definida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en cada vigencia.</li> <li>- PAAI-25-04-02. Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</li> <li>- PAA-25-04-03. Porcentaje de Rotación de Personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante la vigencia correspondiente</li> <li>- PAA-25-04-04. Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</li> <li>- PAA-25-04-05. Oportunidad del Proceso Selección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</li> <li>- PAA-25-04-06. Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</li> <li>- PAA-25-04-07. Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo con la priorización de la medición obtenida de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.</li> </ul> <b>Información tomada de Almera el 28 de enero de 2026:</b> <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso</a>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="147 1537 602 1829" rowspan="2"> <b>4. PRODUCTO SGI</b> </td> <td data-bbox="602 1537 732 1829" rowspan="2"> <b>Meta</b> </td> <td data-bbox="732 1537 849 1829"> <b>5.1.</b>            Avance            Producto            SGI (%)  <i>(Resultado            OCI)</i> </td> <td data-bbox="849 1537 1502 1829" rowspan="2"> <b>5.2. Análisis de Resultados</b> </td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>				5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS				<b>4. PRODUCTO SGI</b>	<b>Meta</b>	<b>5.1.</b> Avance Producto SGI (%) <i>(Resultado            OCI)</i>	<b>5.2. Análisis de Resultados</b>	
5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS												
<b>4. PRODUCTO SGI</b>	<b>Meta</b>	<b>5.1.</b> Avance Producto SGI (%) <i>(Resultado            OCI)</i>	<b>5.2. Análisis de Resultados</b>									

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de Gestión del Talento Humano  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Integral del Talento Humano		
<b>PAAI-25-04-01.</b>  Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo en el marco de la estrategia de formalización laboral definida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en cada vigencia.	100%	100%	<p>En la vigencia 2025, los planes de formalización laboral formulado por la Dirección de Talento Humano se programaron cinco (5) actividades, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un cumplimiento del 100%; para lo cual se relacionan a continuación:</p> <p>Actividad 1. Reporte de la oferta pública de empleo OPEC a la CNSC a noviembre con un total de 618 vacantes.</p> <p>Actividad 2. Reporte composición de planta en el Sideap 2025.</p> <p>Actividad 3. Reporte de vacantes a corte diciembre de 2025.</p> <p>Actividad 4. Estudios de encargo por derecho preferente corte diciembre de 2025.</p> <p>Actividad 5. Empleos provistos en vacantes definitivas durante 2025 (58).</p> <p>Se concluye un cumplimiento del indicador del 100% del indicador.</p>
<b>PAAI-25-04-02.</b>  Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.E.S.E.	100%	100%	<p>Para la vigencia 2025, se programó 39 actividades en el Plan Institucional de Capacitación (PIC), las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un porcentaje del 100% de cumplimiento. Según los reportes de de la Dirección de Talento Humano, la Subred mantiene un desempeño óptimo gracias a alianzas estratégicas con entidades distritales, universidades y el uso del Aula Virtual, consolidando el fortalecimiento de las competencias institucionales.</p> <p>Se concluye un cumplimiento del indicador del 100% del indicador.</p>
<b>PAA-25-04-03.</b>  Porcentaje de Rotación de Personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante la vigencia correspondiente	5%	100%	<p>Para la vigencia 2025 se presentaron 213 retiros de personal, con la aplicación de la fórmula del indicador se obtuvo cumplimiento del 4,5% comparado con la meta establecida, calculado de acuerdo con la fórmula del indicador establecida:</p> <p><math display="block">\frac{\text{Ingresos} - \text{retiros (213)}}{\text{Sumatoria del total de trabajadores al inicio y al final del mismo período} / 2 (4.664)} * 100</math></p> <p>Se concluye un cumplimiento del 100% del indicador.</p>
<b>PAA-25-04-04</b>  Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional de la	100%	100%	<p>Para la vigencia 2025, se programaron 19 actividades en el Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional de la</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de Gestión del Talento Humano  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Integral del Talento Humano		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			Subred, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un porcentaje del 100% de cumplimiento para este indicador.
<b>PAA-25-04-05.</b> Oportunidad del Proceso Selección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	20 días	100%	Para la vigencia 2025 se programaron 3,099 requerimientos de procesos de selección, de los cuales se gestionaron 61.143 en 19.7 días, con un porcentaje del 100% de cumplimiento para este indicador, comparado con la meta establecida.
<b>PAA-25-04-06.</b> Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	Para la vigencia 2025, se programaron 402 actividades en los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, de las cuales ejecutaron 392 actividades, con un porcentaje del 97.5% de cumplimiento para este indicador.
<b>PAA-25-04-07.</b> Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo con la priorización de la medición obtenida de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.	90%	100%	Para la vigencia 2025, se programaron 10 actividades en el plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo con la priorización de la medición obtenida, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con un porcentaje del 100% de cumplimiento para este indicador.  Según lo reportado por Talento Humano, para este indicador se están consolidando avances en la apropiación de la cultura organizacional y su articulación con los ejes de acreditación.
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		100%	



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección de Gestión del Talento Humano  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Integral del Talento Humano
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> <p>El proceso de Gestión Integral del Talento Humano aporta al cumplimiento de la dependencia, para lo cual obtuvo un 100% de cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2025, una vez revisado el cumplimiento de cada una de las metas de los indicadores establecidos para la vigencia 2025.</p>	
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> <p>Continuar con la validación permanente de los datos que aportan al cumplimiento de los indicadores y mejorar la oportunidad de su medición.</p>	
<b>8. Firmas</b>	
<p style="text-align: center;">Nelly Esperanza Zambrano Ruiz <b>Auditor(a)</b></p>	
<b>1. Fecha:</b> 27/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia corporativa: - Dirección Administrativa  <b>Proceso asociado:</b> Gestión del Ambiente Físico
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> No se registra esta definición para este proceso  <b>Objetivo del Proceso:</b> Identificar, analizar y gestionar de manera integral las necesidades y expectativas de los grupos de interés relacionadas con la gestión administrativa, mediante la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones de respuesta oportunas y adecuadas, en concordancia con los lineamientos internos, la normatividad vigente y los requerimientos externos, con el propósito de fortalecer el desempeño institucional, garantizar el adecuado soporte a la prestación de los servicios y promover el mejoramiento continuo.  <i>Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAA-25-14-01 Cumplimiento en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA Subred Sur Occidente E.S.E</li> <li>- PAA-25-14-02 Cumplimiento en la respuesta a las necesidades de ambiente físico notificadas a través de mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E</li> <li>- PAA-25-14-03 Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna desde el subproceso de almacén y suministros de insumos y dispositivos medico quirúrgicos Subred Sur occidente ESE.</li> </ul>	

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Administrativa	
		Proceso asociado: Gestión del Ambiente Físico	
<div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div><div>&lt;</div></div></div>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Administrativa Proceso asociado: Gestión del Ambiente Físico		
notificadas a través de mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E.			<p>actividades de las cuales se cumplieron un total de 17.209 actividades.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p>
<p>PAA-25-14-03</p> <p>Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna desde el subproceso de almacén y suministros de insumos y dispositivos medico quirúrgicos Subred Sur occidente ESE.</p>	1%	100%	<p>Para la vigencia 2025, se programaron 55.361 cirugías de las cuales se cancelaron siete (7) a causa de la falta de oportunidad con la entrega de suministros de insumos y dispositivos medico quirúrgicos, desde el subproceso de almacén; presentando un porcentaje de cumplimiento del 0.01% de cancelación de cirugías comparado con el total de cirugías programadas durante la vigencia, cumpliendo con la meta institucional menor al 1%.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p>
<p>PAA-25-14-04</p> <p>Cumplimiento en las entregas de insumos y dispositivos medico quirúrgicos desde el subproceso de almacén y suministros de la Subred Sur Occidente ESE</p>	98	100%	<p>Para la vigencia 2025, este indicador reporta un total de 17.209 entregas de medicamentos e insumos medico quirúrgicos desde el Subproceso de Almacén, del total de 18.309 solicitudes radicadas, con un porcentaje de cumplimiento 99.93%, comparado con el total de las solicitudes radicadas.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p> <p>Fuente de los datos: datos verificados: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso</a></p>
<p>PAA-25-14-05</p> <p>Inatención de pacientes por fallas de equipos biomédicos en la Subred Sur Occidente ESE</p>	0,2%	100%	<p>Del total de citas asignadas durante la vigencia 2025 de 1.663.614, de las cuales fueron canceladas 410 citas por causa de fallas de equipos biomédicos, con un porcentaje del de cumplimiento de 0.02%, comprado con la meta establecida del 0.2%.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecidos.</p>
<p>PAA-25-14-06</p> <p>Cumplimiento de los proyectos definidos en el Plan Institucional de Archivos-PINAR Subred Sur Occidente E.S.E</p>	95%	100%	<p>En desarrollo de los proyectos definidos en el Plan Institucional de Archivos-PINAR, para la vigencia el 2025 se programaron 16 actividades de las cuales se realizaron 16, con un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>Dentro de estas actividades desarrolladas se mencionan las siguientes: Ajustes a las Tablas de Valoración Documental de</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Administrativa Proceso asociado: Gestión del Ambiente Físico		
			<p>Fontibón y Pablo VI, implementación y actualización del sistema Ágil Salud con módulos de correspondencia, tutelas y PQRS, desarrollo del Sistema Integrado de Conservación (cambio de unidades de almacenamiento, planes de emergencia y conservación, visitas a depósitos documentales), y avance en el plan de preservación digital con caracterización de sistemas, actualización de programas y capacitación en expedientes electrónicos.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p> <p>Fuente de los datos: datos verificados: <a href="https://sgi.alme-ram.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso">https://sgi.alme-ram.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso</a></p>
<p>PAA-25-14-07</p> <p>Cumplimiento de las actividades definidas en el Programa de Gestión Documental-PGD Subred Sur Occidente ESE</p>	95%	100%	<p>Para el desarrollo del Programa de Gestión Documental durante la vigencia 2025, se proyectaron 23 actividades, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, con lo cual cumplió el 100% de acuerdo con la meta establecida</p> <p>Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran las capacitaciones a 231 funcionarios, seguimiento a 40 dependencias, gestión de 33.062 radicados, atención de 87 consultas desde archivo central y tres transferencias documentales.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p>
<p>PAA-25-14-08</p> <p>Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE</p>	95%	100%	<p>La ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura y dotación hospitalaria, para la vigencia del 2025 alcanzó a desarrollar 28.406 mantenimientos de un total de 28.870 mantenimientos programados, con un cumplimiento del 98,6%, superando la meta institucional del 95%.</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 27/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia corporativa: - Dirección Administrativa Proceso asociado: Gestión del Ambiente Físico		
PAA-25-14-09  Tasa de Pérdida y Daño de Activos Fijos clasificados como devolutivos de mayor cuantía con valor de compra superior a los \$10.000.000.	0.10%	100%	<p>Al cierre del cuarto trimestre de 2025, se presentaron 3 siniestros por hurto de 3 equipos, los cuales fueron reportados en los primeros tres trimestres</p> <p>Teniendo en cuenta lo formulado para este indicador: ( <b>Número de Activos devolutivos de mayor cuantía dañados o perdidos con valor de compra superior a los \$10.000.000 / Número Total de Activos devolutivos de mayor cuantía con valor de compra superior a los \$10.000.000</b> ) *100, se cumplió con la meta institucional por debajo del 0,1 %.</p> <p>Los siniestros por hurto corresponden a un ventilador mecánico de la ambulancia 6857, un monitor de signos vitales de la ambulancia 6905 y un equipo monitor de la ambulancia 6990, según el análisis de Almera para este indicador, hurtos ocurridos en los primeros tres trimestres de la vigencia 2025, todos estos equipos son de valor con menor cuantía (Activos Fijos de menos de \$10.000.000).</p> <p>Se concluye el cumplimiento del 100% de la meta establecida.</p>
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		100%	
<p><b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b></p> <p>El proceso de Gestión del ambiente físico aporta al cumplimiento de la dependencia. La Dirección Administrativa, obtuvo un 100% de cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2025; los resultados de la gestión en términos de la medición de los indicadores dan cuenta de la calidad y compromiso sobre la gestión de los resultados esperados, los soportes de los indicadores evaluados dan cuenta del cumplimiento de las acciones y controles determinados.</p>			
<p><b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b></p> <p>Continuar con la validación permanente de los datos que aportan al cumplimiento de los indicadores y mejorar la oportunidad de su medición.</p>			
<b>8. Firmas</b>			
<p>Nelly Esperanza Zambrano Ruiz</p> <p><b>Auditor(a)</b></p>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Gestión del Conocimiento  Proceso asociado: Gestión del Conocimiento Innovación e Investigación		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:  <b>Objetivo del Proceso:</b> Contribuir a la formación integral del talento humano mediante la articulación de Convenios Docencia-Servicio o de cooperación, promoviendo la generación y aplicación del conocimiento a través del desarrollo de prácticas formativas y proyectos de investigación, impulsando la innovación en salud mediante iniciativas que fortalezcan las competencias en los ámbitos clínicos, administrativos y académicos, con enfoque en la calidad, pertinencia y necesidades de la comunidad, fortaleciendo así el modelo de Hospital Universitario.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
<b>Código PAAI-25-05-01</b> Cumplimiento del plan de acción de Gestión del Conocimiento	100%	100%	Para la vigencia 2025, se desarrolló un total de 36 actividades, de las 36 actividades propuestas en el indicador. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAA-25-05-02</b> Proyectos de Investigación académicos aprobados en la Subred Sur Occidente E.S.E	100%	(90%)	Para la vigencia 2025, se desarrolló un total de 36 proyectos de investigación, de los 36 proyectos de investigación propuestos en el indicador. Dando así cumplimiento al indicador.  En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis o evidencias de actividades realizadas en el periodo comprendido entre Enero a Marzo de 2025. Se recomienda realizar el cargue de los soportes de las actividades realizadas en ese periodo.
RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO		95%	En la revisión realizada a los indicadores, se observó el cumplimiento de estos, mediante los soportes y evidencias aportados en cada uno.  Los datos para la evaluación de los indicadores, fue tomada directamente del aplicativo Almera.



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina Gestión del Conocimiento <b>Proceso asociado:</b> Gestión del Conocimiento Innovación e Investigación	
		<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3929">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3929</a>
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> Se obtuvo un cumplimiento del 90% frente a los indicadores definidos.		
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el PLAN DE ACCIÓN ANUAL GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO y tener en cuenta las observaciones, de falta de acciones de análisis en el Indicador PAA-25-05-02.		
<b>8. Firmas</b>		
<b>Jorge Orlando Sánchez Alcalá</b> <b>Auditor</b>		

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Sistemas de información - TIC <b>Proceso asociado:</b> Gestión de TICS		
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b> <b>Objetivo del Proceso:</b> Dar apoyo a la Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente en la adquisición, implementación y mantenimiento de la tecnología informática en todos sus componentes, promoviendo una cultura de gestión con enfoque digital para agilizar la gestión, el conocimiento de la entidad y redundando en mejores servicios para la población usuaria de los servicios de salud.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
<b>Código PAA-25-13-02</b> implementación Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos de tecnología informática Subred Sur Occidente E.S.E	90%	100% (100%)	Se desarrolló un total de 7759 mantenimientos, de los 7759 mantenimientos propuestos en el indicador, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina de Sistemas de información - TIC  Proceso asociado: Gestión de TICS		
<b>Código PAA-25-13-03</b> Cumplimiento ANS de sistemas por mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E	90%	90%	Se dio gestión a un total de 16606 de 17499 casos registrados en la mesa de ayuda, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.  En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis en los meses Enero y Febrero de 2025; aun cuando si se cuenta con medición y actividades ejecutadas. Se recomienda realizar el cargue de los análisis correspondientes.
<b>Código PAA-25-13-04</b> Disponibilidad de los sistemas informáticos de la Subred Sur Occidente E.S.E	95%	90%	Para la vigencia 2025, se conto con una total de 354529 horas de disponibilidad de los sistemas de información, de 357840 horas de disponibilidad posibles. Dando así cumplimiento al indicador.  En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis en los meses Enero y Febrero de 2025; aun cuando si se cuenta con medición y actividades ejecutadas. Se recomienda realizar el cargue de los análisis correspondientes.
<b>Código PAA-25-13-05</b> Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Para la vigencia 2025, se implementaron 7 actividades, de las 7 actividades propuestas en el indicador. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAAI-25-13-01</b> Porcentaje de cumplimiento en la Implementación Plan estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	100%	100%	Para la vigencia 2025, se cumplieron 16 actividades, de las 16 actividades propuestas en el indicador. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		96%	En la revisión realizada a los indicadores, se observó el cumplimiento de estos, mediante los soportes y evidencias aportados en cada uno.



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Sistemas de información - TIC <b>Proceso asociado:</b> Gestión de TICS	
		Los datos para la evaluación de los in dictado- res, fue tomada directamente del aplicativo Al- mera  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seccio-&lt;br/&gt;nes/sigspa/mod_operativo/proyectos/con-&lt;br/&gt;trol_proyecto.php?proyecto=3937">https://sgi.almeraim.com/sgi/seccio- nes/sigspa/mod_operativo/proyectos/con- trol_proyecto.php?proyecto=3937</a>
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> Se obtuvo un cumplimiento del 90% frente a los indicadores definidos.		
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el PLAN DE ACCIÓN ANUAL GESTIÓN DE TICS y tener en cuenta las observaciones, de falta de acciones de análisis en los Indicadores: PAA-25-13-03 y PAA-25-13-04.		
<b>8. Firmas</b>		
Jorge Orlando Sánchez Alcalá <b>Auditor</b>		

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Participación comunitaria y servicio al Ciudadano <b>Proceso asociado:</b> Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b> <b>Objetivo del Proceso:</b> Identificar las necesidades y expectativas en salud de los usuarios mediante el fortalecimiento de espacios de participación social en salud y servicio al ciudadano permitiendo gestionar e impactar positivamente en la satisfacción de los usuarios, familia y comunidad.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Pro- ducto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
<b>Código PAA-25-03-01</b>	90%	100%	Se desarrolló un total de 235 acciones, para la implementación de la política pública de servicio a la comunidad, de las 235 acciones

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina de Participación comunitaria y servicio al Ciudadano  Proceso asociado: Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
Cumplimiento de las acciones para la implementación de la política pública de Servicio a la Ciudadanía en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE			propuestas en el indicador, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAA-25-03-02</b>  Cumplimiento de las acciones definidas para la implementación de la política pública de Participación Social en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	100%	100%	Se desarrolló un total de 64 actividades, de las 64 actividades propuestas en el indicador, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAA-25-03-03</b>  Cumplimiento de las acciones definidas para la implementación del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	100%	100%	Se desarrolló un total de 2 actividades, de las 2 actividades propuestas en el indicador, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAA-25-03-04</b>  Porcentaje de cumplimiento de respuesta oportuna a las PQRS de los ciudadanos en los términos de ley en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	90%	Se dio respuesta a un total de 16973 PQRS, de las 16973 PQRS propuestas en el indicador, para la vigencia 2025. Dando así cumplimiento al indicador.  En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis en los meses Enero y Febrero de 2025; aun cuando si se cuenta con medición y actividades ejecutadas; se recomienda realizar el cargue de los análisis correspondientes.
<b>Código PAA-25-03-07</b>  Incremento del porcentaje de integrantes de las formas de Participación Social en salud activas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	3.5%	100%	Para la vigencia 2025, se logró la vinculación de 24 nuevos ciudadanos a las asociaciones de usuarios y COPACOS, teniendo como indicador 630 posibles. Dando así cumplimiento al indicador.
<b>Código PAA-25-03-08</b>  Porcentaje de recordación de derechos y deberes de los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	80%	100%	Para la vigencia 2025, se logró realizar de manera continua la medición de la recordación de los derechos y deberes de los usuarios de la Subred a través de la encuesta Distrito, aplicando un total de 26.123 encuestas. Dando así cumplimiento al indicador.

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Participación comunitaria y servicio al Ciudadano  <b>Proceso asociado:</b> Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
<b>Código PAAI-25-03-05</b>  Proporción de la satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	96%	90%	<p>Para la vigencia 2025, se dio continuidad a la aplicación de encuestas de satisfacción en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, aplicando un total de 26.123 encuestas. El indicador presentó un promedio anual de satisfacción superior al 98 %, superando de manera sostenida la meta institucional del 90 % y evidenciando un comportamiento estable, con variaciones mensuales leves.</p> <p>En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis en los meses Enero y Febrero de 2025; aun cuando si se cuenta con medición y actividades ejecutadas. Se recomienda realizar el cargue de los análisis correspondiente.</p>
<b>Código PAAI-25-03-06</b>  Percepción positiva de la comunidad por la gestión pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	<p>Para la vigencia 2025, se desarrolló el proceso de Rendición de Cuentas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., que incluyó la Audiencia Pública y dos Diálogos Ciudadanos, con una participación amplia y representativa de la ciudadanía y los espacios de participación social en salud. Se aplicó la encuestas de satisfacción 110 de 112 participantes registrados. Dando así cumplimiento al indicador.</p>
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>	97.5%		<p>En la revisión realizada a los indicadores, se observó el cumplimiento de estos, mediante los soportes y evidencias aportados en cada uno.</p> <p>Los datos para la evaluación de los indicadores, fue tomada directamente del aplicativo Almera</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Participación comunitaria y servicio al Ciudadano  <b>Proceso asociado:</b> Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	
		<a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3927">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3927</a>
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> Se obtuvo un cumplimiento del 90% frente a los indicadores definidos.		
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el PLAN DE ACCIÓN ANUAL PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO y tener en cuenta las observaciones, de falta de acciones de análisis en los Indicadores: PAA-25-03-04 y Código PAAI-25-03-05.		
<b>8. Firmas</b>		
<p style="text-align: center;">Jorge Orlando Sánchez Alcalá Auditor</p>		

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Control Disciplinario Interno  <b>Proceso asociado:</b> Control Interno Disciplinario	
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> 4. Potencializar el talento humano y la cultura organizacional para avanzar con las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud  <i>Indicadores asociados: sin indicadores asociados</i>  <b>Objetivo del Proceso:</b> Conocer y adelantar la acción disciplinaria en etapa de instrucción, contra servidores y ex servidores de la Entidad, por el incumplimiento de deberes, omisión o exralimitación de funciones, violación de prohibiciones, e incursión en el régimen de inhabilidades o incompatibilidades contemplado en la ley, así como el desarrollo de acciones preventivas y de autocontrol, respecto de la incursión en conductas o comportamientos con presunta incidencia disciplinaria, a la luz del contenido normativo de la Ley 1952 de 2019 modificada parcialmente por la Ley 2094 de 2021.  <i>Indicadores asociados:</i>		

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina de Control Disciplinario Interno	
		Proceso asociado: Control Interno Disciplinario	
PAA-25-16-01. Cumplimiento de las actividades del Plan Preventivo Disciplinario- PPD ¡La Oficina de Control Disciplinario Interno te lo cuenta!			
PAA-25-16-02. Apropriación del Plan Preventivo Disciplinario - PPD por parte de los colaboradores de la Subred Sur Occidente ESE			
PAA-25-16-03. Oportunidad en la evaluación de las quejas disciplinarias allegadas a la Oficina de Control Disciplinario Interno en el marco de las previsiones normativas del Código General Disciplinario			
PAA-25-16-04. Eficiencia en el número de procesos aprobados por la Oficina de Control Disciplinario Interno			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Pro- ducto SGI (%)  Resultado (OCI)	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-16-01	100%	100%	Al momento de evaluar o revisar las evidencias de la divulgación y socialización del plan preventivo de OCDI, se encuentra coherencia en los análisis y los datos registrados, sin embargo, toda la información fue tomada de Almera
PAA-25-16-02	95%	88,6%	Se observa un incumplimiento en el indicador por 6,4 puntos porcentuales, al realizar la verificación específica, se encuentra que, para el primer semestre, no hubo apropiación del plan preventivo disciplinario, se plantea una hipótesis de, al realizar una nueva vigencia relacionada, no hubo casi aceptación o adaptación a la información compartida, las evidencias coinciden con lo evaluado y expuesto.
PAA-25-16-03	100%	100%	Al momento de evaluar o revisar las evidencias de la divulgación y socialización del plan preventivo de OCDI, se encuentra coherencia en los análisis y los datos registrados, sin embargo, toda la información fue tomada de Almera
PAA-25-16-04.	100%	96,8%	Existe un incumplimiento parcial, ya que al evaluar la ficha técnica menciona un umbral de desempeño del 90%, y al revisar las evidencias y justificación de lo sucedido (tercer trimestre) el motivo de este resultado es debido a que estuvieron limitado en la capacidad normal de talento humano para

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Control Disciplinario Interno  <b>Proceso asociado:</b> Control Interno Disciplinario		
			el cumplimiento del indicador, lo cual se retomó una vez se reincorporó la pieza faltante
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>	96.35%		
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b>  <p>La gestión de la Oficina de Control Disciplinario Interno durante la vigencia 2025 presenta un desempeño favorable, alcanzando un cumplimiento del 75% de los indicadores pactados. El análisis integral evidencia una alta eficacia operativa, destacándose la oportunidad del 100% en la evaluación de quejas disciplinarias y la ejecución de las actividades del Plan Preventivo.</p> <p>Sin embargo, se identifica una debilidad en el impacto de la gestión preventiva, materializada en el incumplimiento del indicador de 'Apropiación del Plan Preventivo Disciplinario', lo cual sugiere que, aunque las actividades se realizan, no están logrando la interiorización esperada en los servidores. Respecto al cumplimiento parcial en la eficiencia de procesos, la justificación por limitaciones de talento humano se considera razonable y no compromete la gestión de fondo. En conclusión, la dependencia es sólida en su componente procesal, pero debe reorientar sus estrategias pedagógicas para mitigar riesgos de conducta</p>			
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b>  <p>Realizar jornadas de capacitación o jornadas para la adaptación de la información relacionada al PPD</p>			
<b>8. Firmas</b>			
<p>Juan José Ossa Chavarriaga</p> <p><b>Auditor</b></p>			

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios de Urgencias  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica de Urgencias
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> Implementar el Modelo de Salud de Bogotá – MAS Bienestar, fundamentado en la atención primaria Social humanizada, para contribuir al goce del derecho a la salud e implementar la gestión del riesgo de la población objeto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios de Urgencias  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica de Urgencias		
<b>Meta estratégica:</b> A 2028 cumplir al 100% la implementación del modelo de salud + BIENESTAR en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE			
<b>Indicador asociado:</b> PAAI-25-09-01 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente			
<b>Objetivo del Proceso:</b> Prestar una atención integral en el contexto de las atenciones de urgencia, a los usuarios que acuden al servicio de urgencias de la Subred Suroccidente, mediante la priorización de la atención según la gravedad con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades de salud identificadas.			
-			
Indicadores asociados:			
PAA-25-09-07. Oportunidad traslados secundarios Subred Sur Occidente ESE			
PAA-25-09-04. Oportunidad entre la orden médica y el traslado del usuario al servicio de imágenes diagnosticas, Servicio de Urgencias Subred Sur Occidente ESE			
PAA-25-09-03. Oportunidad en la toma y entrega de muestras a laboratorio clínico para procesamiento de baja complejidad de la Subred Sur Occidente E.S.E			
PAA-25-09-02. Oportunidad en la toma y entrega de muestras a laboratorio clínico para procesamiento de mediana y alta complejidad de la Subred Sur Occidente E.S.E			

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Pro- ducto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-09-02	90,0M	96,19%	Existe cumplimiento de reporte, sin embargo, no guarda coincidencia en lo enviado con lo reportado en SGI Almera
PAA-25-09-03	4 horas	100	Hay cumplimiento de las metas y el valor esperado de forma mensual individual y anualmente en promedio
PAA-25-09-04	300 minu- tos	100	Existe el cumplimiento esperado por parte de la subred en los límites establecidos para su cumpli- miento

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios de Urgencias  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica de Urgencias		
PAA-25-09-07	6 horas	100	Las unidades de medida de cada uno de los valores del numerador, denominador y total, no guarda coherencia con la descripción de estos
PGG-25-09-05	3	100	Existe coherencia y cumplimiento por parte de la dependencia en relación con este indicador, la muestra evaluada de evidencias, coinciden con lo expuesto en cada análisis
PGG-25-09-06	90%	100	Existe coherencia y cumplimiento por parte de la dependencia en relación con este indicador, la muestra evaluada de evidencias, coinciden con lo expuesto en cada análisis
PAAI-25-09-01	20	100	Existe un cumplimiento notorio por parte de la dependencia, las cifras y las evidencias concuerdan con lo expuesto en lo informado
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		99.45%	
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b>  La Dirección de Servicios de Urgencias alcanza un cumplimiento sobresaliente del 99.45% en sus indicadores de gestión para la vigencia 2025. Se destaca el cumplimiento de los tiempos de oportunidad en Triage II, reingresos y oportunidad quirúrgica, lo cual refleja una operación alineada con los estándares de servicio.  Sin embargo, desde el análisis integral de esta Oficina, se identifica un riesgo moderado en la confiabilidad y calidad de la información reportada. A pesar del cumplimiento de metas, se observaron inconsistencias en la validación de datos (discrepancias entre el informe y el sistema SGI Almera en laboratorio) y debilidades metodológicas en la formulación de indicadores de traslados e imágenes (errores en unidades de medida). Si bien estos hallazgos no afectan el resultado numérico final, se requiere fortalecer los procesos de autocontrol y validación de fuentes primarias para asegurar que la trazabilidad de la gestión sea íntegra y técnicamente coherente			
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar los análisis y cálculos de forma correcta que guarden coincidencia.</li> <li>Evaluar las unidades de medida del denominado en la formula, o ajustar su descripción del indicador PAA-25-09-04 y PAA-25-09-07.</li> </ul>			
<b>8. Firmas</b>			
Juan José Ossa Chavarriaga  <b>Auditor</b>			



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Calidad <b>Proceso asociado:</b> Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo		
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> Consolidar la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial a través de un enfoque en riesgos, de calidad superior, gestión del conocimiento, de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones  <i>Indicadores asociados:</i>  <b>PAAI-25-02-04.</b> Adherencia a las buenas prácticas relacionadas con las tres primeras causas de Evento Adverso  <b>PAAI-25-02-01.</b> Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente  <b>PAAI-25-02-03.</b> Incidencia de Evento Adverso Prevenible en Hospitalización  <b>Objetivo del Proceso:</b> Garantizar la dirección, la articulación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de Calidad y sus componentes, liderando la planeación, seguimiento y mejora continua de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., con el fin de asegurar el cumplimiento de la estrategia institucional y la satisfacción de las partes interesadas  <i>Indicadores asociados:</i>  <b>PAA-25-02-09.</b> Mantener una tasa inferior a 1 manifestacion negativa por trato deshumanizado por cada 1000 pacientes atendidos.  <b>PAA-25-02-08.</b> Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Subred Sur Occidente ESE  <b>PAA-25-02-07.</b> Cumplimiento de Cronograma PAMEC Subred Sur Occidente ESE  <b>PAA-25-02-05.</b> Cumplimiento del plan de trabajo del subproceso de Habilitación  <i>Otros indicadores relacionados</i>  <b>PGG-25-02-02.</b> Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades acreditadas  <b>PGG-25-02-06.</b> Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en la Salud Subred Sur Occidente E.S.E			
<b>4. PRODUCTO SGI</b>	<b>5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS</b>		
	Meta	<b>5.1.</b> Avance Producto SGI (%)	<b>5.2. Análisis de Resultados</b>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina de Calidad	
		Proceso asociado: Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo	
		(Resultado OCI)	
PAA-25-02-05	100%	100%	Se realiza la verificación de las evidencias presentadas por la dependencia, específicamente en la terminación del periodo, con el fin de verificar los elementos reportados inicialmente
PAA-25-02-07	90%	99,40%	Validando las evidencias cargadas por la dependencia, se certifica que lo expuesto está bien reportado, mediante el cronograma, presentan el total del auditorias planteadas en el año, que del total solo le quedan faltando 2, correspondiente al 0,6%
PAA-25-02-08	81%	74%	Aunque el resultado es negativo, se evidencia que en ninguna medición adjuntan evidencia relacionada con las actividades realizadas durante el año evaluado, ni anteriores
PAA-25-02-09	1	100%	Se revisa la evidencia suministrada por la dependencia, y las cifras presentadas en el informe, coinciden con estas
PGG-25-02-02	100%	100%	Hubo un mejoramiento en el indicador evaluado, siendo un punto positivo para la subred, por la cantidad de unidades de atención certificadas en calidad
PGG-25-02-06	90%	100%	En el seguimiento que realiza la dependencia, su análisis y evidencia presentada, coinciden con lo expuesto, las pocas que estaban aún abiertas, tienen fecha de cierre 2026
PAAI-25-02-01	90%	100%	El plan estratégico de Sistema Único de acreditación este compuesto 28 actividades de la cuales se realizó la totalidad de las actividades propuestas en la vigencia 2025 con un cumplimiento de 100%
PAAI-25-02-03	12	100%	Revisando las evidencias presentadas por la dependencia, se encuentra coherencia en lo presentado con lo reportado en el sistema y en el informe
PAAI-25-02-04	80%	71,5%	al momento de evaluar los valores de los numeradores y denominadores de todo el año, estos son presentados en unidades de mil, lo cual debe ser validado, ya que, en el análisis profundo de la dependencia, mencionan máximo decenas en los resultados obtenidos
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		<b>93.87%</b>	

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Calidad <b>Proceso asociado:</b> Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>La dependencia presenta un desempeño aceptable con un cumplimiento global del 93.87% de los indicadores. Se destaca una alta eficacia en la gestión administrativa y de planeación, evidenciada en el cumplimiento riguroso de los cronogramas de Acreditación, Habilitación y Auditoría PAMEC, lo cual demuestra disciplina en el mantenimiento de los estándares institucionales.</p> <p>No obstante, el análisis integral alerta sobre debilidades críticas en la calidad del dato y la gestión de la evidencia en el componente de Seguridad del Paciente. Las inconsistencias numéricas detectadas en el cálculo de la 'Adherencia a buenas prácticas' (errores de escala) y la ausencia de soportes en la medición de 'Cultura de Seguridad', afectan la confiabilidad del monitoreo. A juicio de esta Oficina, aunque la estructura del sistema de gestión opera correctamente, se requiere mayor rigor técnico en la validación de los indicadores de impacto clínico para garantizar que las cifras reportadas reflejen fielmente la realidad de la atención.</p>	
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</p> <p>Evaluar la pertinencia del indicador, cargar las evidencias de las encuestas realizadas durante el año y realizar actividades educativas, o de sensibilización sobre la percepción de la seguridad del paciente en la Subred, además debe considerar el cálculo del indicador, solo presenta una cifra sin cálculo.</p> <p>Corregir los valores de los cálculos del indicador, pues no guardan coherencia con el análisis presentado. Y buscar medidas de mejoramiento que permitan el cumplimiento del indicador.</p>	
<h3>8. Firmas</h3>	
<p>Juan José Ossa Chavarriaga</p> <p><b>Auditor</b></p>	

<b>1. Fecha:</b> 26/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina de Control Interno <b>Proceso asociado:</b> Control Interno
<p>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</p> <p><b>Objetivo del Proceso:</b> Evaluar de forma independiente y objetiva el sistema de control interno, la gestión integral del riesgo y el gobierno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., a través de auditorías basadas en riesgos, cumpliendo los lineamientos normativos y ejecutando mejores prácticas en el desempeño de los roles de la Oficina de Control Interno, para el fomento de una cultura de control, generando valor y contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad</p>	

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<b>Código PAA-25-17-01</b> Informes de auditorías interna basadas en riesgos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE	(100%)	Se emitieron y publicaron los seis (6) informes de las seis (6) auditorías internas que estaban programados para la vigencia 2025.
<b>Código PAA-25-17-02</b> Informes de Ley o cumplimiento normativo y/o de Seguimiento emitidos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE	(100%)	Se elaboraron, presentaron y emitieron los cuarenta y cuatro (33) informes de ley y los once (7) seguimientos y/o evaluaciones que estaban programadas para la vigencia 2025.
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>	100%	
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:  Se obtuvo un cumplimiento del 100% frente a los indicadores definidos.		
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:  Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el Plan Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno y atender las actividades aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.		
8.Firma		
<b>Monica Liliana Corrales Gomez</b> <b>Auditor(a)</b>		

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo del Proceso</b> Identificar y atender las necesidades de salud del usuario y su familia en los servicios ambulatorios, mediante promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, bajo criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia, resolutiveidad y seguridad, garantizando una atención humanizada y basada en la gestión del riesgo, orientada a mejorar la calidad de vida del usuario.			
<b>4. PRODUCTO SGI</b>	<b>5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS</b>		
	Meta	<b>5.1. Avance Producto SGI (%)</b>  <i>Resultado OC</i>	<b>5.2. Análisis de Resultados</b>
PAA-25-10-01  Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	3 días	100%	Verificación de los resultados del indicador: ( Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de MEDICINA GENERAL de Primera Vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evolución (767865) / Número total de citas de MEDICINA GENERAL de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación. (274024) =2.8 días. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.  Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>  Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, no cumpliendo con la periodicidad establecida mensual establecida en la ficha técnica.  Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información, asimismo al cierre de la vigencia, se incluyan los datos consolidados anuales que corresponden a la fórmula del indicador.
PAAI-25-10-02  No. Unidades básicas resolutiveas implementadas	8  Unidades	100%	Verificación de los resultados del indicador:  ( No. Unidades básicas resolutiveas implementadas = 8 Unidades Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
			<p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron doce (12) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, cumpliendo con la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se observó coherencia entre los datos reportados por la dependencia en el aplicativo Almera y los registrados en las evidencias.</p> <p>Se recomienda Continuar dando cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica.</p>
PAAI-25-10-03  Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina familiar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	4 días	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>( Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Familiar de Primera Vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación (40,8 ) / Número total de citas de Medicina Familiar de primera vez asignadas para cada servicio, en la vigencia objeto de evaluación ( 32,3 ) = 1,3 días. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>
PAAI-25-10-04	4	100%	Verificación de los resultados del indicador:



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	días		<p>(Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de Primera Vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación ( 96125 ) / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación ( 24927 ) = 3,9 días. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>
PAAI-25-10-05 Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina interna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	5 días	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>(Sumatoria total de la diferencia los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de MEDICINA INTERNA DE PRIMERA VEZ y la fecha en la cual el usuario solicitó, en la vigencia objeto de e ( 43463 ) / Número total de citas de MEDICINA INTERNA asignadas, en la vigencia objeto de evaluación. (10990)= 4 días. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
			Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.
PGG-25-10-06  Oportunidad de asignación de citas medicina especializada (obstetricia) en la Subred Sur Occidente	5 días	100%	Verificación de los resultados del indicador:  (Sumatoria total de la diferencia los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de OBSTETRICIA DE PRIMERA VEZ y la fecha en la cual el usuario solicitó, en la vigencia objeto de evaluac (21757 ) / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación (7477)= 2.9. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.  Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>  Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.  Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información
PAA-25-10-07  Oportunidad de asignación de citas odontología general en la Subred Sur Occidente	3 días	100%	Verificación de los resultados del indicador:  Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta odontología y la fecha para la cual es asignada la cita (247913 ) / Número total de consultas Odontológica asignadas en la Institución Sub red Sur Occidente ESE (81107 )= 3 días. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
			<p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>
PAA-25-10-08  Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Medicina General en la Subred Sur Occidente	10%	100	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de pacientes que no asisten a consulta de medicina General programada Subred Sur Occidente E.S.E (28203) / Total de consultas de medicina General programadas Subred Sur Occidente E.S.E (480426 ) *100 =6%.Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>
PAA-25-10-09	15%	100	Verificación de los resultados del indicador:

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Pediatría en la Subred Sur Occidente			<p>Número de pacientes que no asisten a consulta de pediatría programada Subred Sur Occidente E.S.E ( 5130) / Total de consultas de pediatría programadas Subred Sur Occidente E.S.E ( 45836)*100=11%. Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>
PAA-25-10-10 Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Ginecobstetricia en la Subred Sur Occidente	15%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de pacientes que no asisten a consulta de ginecoobstetricia programada Subred Sur Occidente E.S.E ( 4230) / Total de consultas de ginecoobstetricia programadas Subred Sur Occidente E.S.E (39958) ) *100=11%.Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
PAA-25-10-11  Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de medicina interna en la Subred Sur Occidente	10%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de pacientes que no asisten a consulta de medicina interna programada Subred Sur Occidente E.S.E (1554) / Total de consultas de medicina interna programadas Subred Sur Occidente E.S.E (25177) ) *100= 6%. Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información:  <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
PAA-25-10-12 Porcentaje de inasistencia de la consulta programada en el servicio de salud oral de la Subred Sur Occidente	10%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de pacientes que no asisten a consulta odontológica programada Subred Sur Occidente E.S.E (8700) / Total de consultas odontológicas programadas Subred Sur Occidente E.S.E (165172)*100 = 5%. Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron doce (12) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, cumpliendo con la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se observó coherencia entre los datos reportados por la dependencia en el aplicativo Almera y los registrados en las evidencias.</p> <p>Se recomienda Continuar dando cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica establecida.</p>
PAA-25-10-13 Porcentaje de cumplimiento de metas de producción de medicina general de la Subred Sur Occidente	95%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador</p> <p>Número de consultas de medicina general realizadas (393743) / Número de consultas de medicina general programadas (415179)*100= 95%. Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron diez (10) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo no se realizaron con la periodicidad establecida en la ficha técnica, ni se anexan las evidencias.</p> <p>Se recomienda que, en el análisis se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025", en el que se registra mensualmente la información.</p>



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria		
PAA-25-10-14 Porcentaje de cumplimiento de metas de producción de Odontología en la Subred Sur Occidente	95%	100%	Verificación de los resultados del indicador  Número de consultas de odontología realizadas (217080) / número de consultas de odontología programadas (213105)*100= 95%. Respecto de la meta propuesta el indicador se cumplió en 100%.  Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a>  Registraron doce (12) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, cumpliendo con la periodicidad establecida en la ficha técnica. Se observó coherencia entre los datos reportados por la dependencia en el aplicativo Almera y los registrados en las evidencias.  Se recomienda Continuar dando cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica.
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		<b>100%</b>	
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la normatividad vigente y el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2026, llevó a cabo la evaluación del cumplimiento de los indicadores Plan de acción Anual (PAA) asignados a esta dependencia. Como resultado, se revisó el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos para la vigencia 2025.  La labor de auditoría interna llevada a cabo por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se ve restringida tanto en tiempo como en alcance. En consecuencia, procedimientos más específicos podrían descubrir aspectos que no fueron abordados durante la ejecución de esta actividad.			
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> Se recomienda que, en el análisis que se registra mensualmente de la información de todos los indicadores se incluya las evidencias en el documento en Excel denominado "Tablero de Oportunidad 2025".			
<b>8. Firmas</b>			
<p style="text-align: center;">Monica Liliana Corrales Gómez Auditor(a)</p>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de servicios Ambulatorios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Ambulatoria
-----------------------------	--

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Desarrollo Institucional <b>Proceso asociado:</b> Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
-----------------------------	--

### 3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%) (Resultado OCI)	5.2. Análisis de Resultados
PAA-25-01-01 Implementación del plan de mercadeo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente para la vigencia.	100%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>( número de actividades ejecutadas del plan de mercadeo para la vigencia (14) / Total de actividades planeadas de mercadeo para la vigencia (14)*100 =100%. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&amp;c=sgisrso</a></p> <p>Registraron dos (2) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, cumpliendo con la periodicidad establecida semestral establecida en la ficha técnica.</p> <p>Se recomienda revisar la matriz planteada con el plan de mercadeo y, si es necesario, actualizarla cuantificando las actividades planeadas de mercadeo para la vigencia con el fin de que refleje de manera adecuada la medición.</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Desarrollo Institucional  Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional		
<p>PAA-25-01-04</p> <p>Monitoreo de la ejecución de los proyectos de inversión a través del seguimiento de sus convenios y contratos asociados.</p>	100%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de actividades de seguimiento realizadas en el periodo (96) / Total de actividades de seguimiento programadas para el periodo (96)*100=100%. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron dos (2) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, cumpliendo con la periodicidad establecida semestral establecida en la ficha técnica.</p> <p>Se recomienda Continuar dando cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica.</p>
<p>PAA-25-01-06</p> <p>Cumplimiento del Seguimiento a la matriz de riesgos institucionales</p>	100%	100%	<p>Verificación de los resultados del indicador:</p> <p>Número de seguimientos a la matriz de riesgos realizados (1120) / Número de seguimientos programados (1120)*100= 100%. Respecto de la meta propuesta el resultado del indicador es de 100%.</p> <p>Coherencia datos registrados en la fuente de información: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim</a></p> <p>Registraron cuatro (4) seguimientos en el Aplicativo Institucional Almera, Se observó que en el análisis de los datos reportados por la dependencia en el aplicativo se realizaron con la periodicidad establecida trimestralmente en la ficha técnica</p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Desarrollo Institucional  Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional		
			Se recomienda Continuar dando cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica.
PAA-25-01-07 Cumplimiento de la oportunidad en la Generación de reportes de los procesos institucionales	90%	100%	Las evidencias presentadas y las unidades de medida expuestas, coinciden de manera concisa cuando se realizó la evaluación del indicador
PGG-25-01-08 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	90%	50%	Las evidencias son inexistentes al avance del indicador, de igual forma, no hay cumplimiento por la dependencia en el mismo, y está incompleta la información reportada en Almera para 2025
PGG-25-01-09 Cumplimiento de la Utilización de la información de RIPS Subred Sur Occidente ESE de la vigencia objeto de evaluación	100%	100%	La evidencia cargada son los informes RIPS en los meses en que se realizó, guardando coherencia entre lo analizado y lo reportado por la dependencia
Código PAAI-25-01-02 Porcentaje de cumplimiento de la venta de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente para la vigencia.	90%	100%	Para la vigencia 2025, se presentó la venta de 560.842.485.735 servicios, alcanzando y superando la meta establecida de 538.916.253.702; logrando un cumplimiento del 104%. Dando así cumplimiento al indicador.
Código PAAI-25-01-03 Cumplimiento índice de desempeño institucional – MIPG	91%	50%	En la revisión realizada al indicador, se observó que se cuenta con análisis para el año 2025; más no se cuenta con evidencias o soportes.  Se recomienda realizar el cargue de las evidencias y soportes correspondientes, al año 2025.
Código PAAI-25-01-05 Oportunidad en la entrega de los informes de seguimiento realizado a la ejecución de los convenios de inversión de infraestructura y dotación.	100%	90%	Para la vigencia 2025, se dio cumplimiento oportuno a la presentación de 96 informes derivados de la ejecución de los convenios ante la Secretaría Distrital de Salud (SDS), conforme a los plazos establecidos. Dando así cumplimiento al indicador.  En la revisión realizada, se observó que no se cuenta con análisis o evidencias de actividades

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Despacho del Gerente: - Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	
		Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	
			realizadas en el periodo comprendido entre Octubre a Diciembre de 2025. Se recomienda el cargue de los soportes de las actividades realizadas.
RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO		87.7%	En la revisión realizada a los indicadores, se observó el cumplimiento de estos, mediante los soportes y evidencias aportados en cada uno.  Los datos para la evaluación de los indicadores, fue tomada directamente del aplicativo Almera. <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3923">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/sigspa/mod_operativo/proyectos/control_proyecto.php?proyecto=3923</a>
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:			
Se obtuvo un cumplimiento del 87.7% frente a los indicadores definidos.			
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:			
<div>1. Se recomienda revisar la matriz planteada con el plan de mercadeo y, si es necesario, actualizarla cuantificando las actividades planeadas de mercadeo para la vigencia con el fin de que refleje de manera adecuada la medición.</div> <div>2. Continuar dando cumplimiento a lo establecido en el PLAN DE ACCIÓN ANUAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL y tener en cuenta las observaciones, de falta de acciones de análisis en los Indicadores: PAAI-25-01-05 y en el caso del indicador PAAI-25-01-03 que en la revisión realizada al indicador, se observó que se cuenta con análisis para el año 2025; más no se cuenta con evidencias o soportes.</div>			
8. Firmas			
<div>Jorge Orlando Sánchez Alcalá</div> <div>Juan José Ossa Chavarriaga</div> <div>Monica Liliana Corrales Gomez</div> <div>Auditor(es)</div>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

## Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026

2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de Gestión del Riesgo en Salud

Proceso asociado: Gestión del Riesgo en Salud

## 3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

**Objetivo Estratégico:** Implementar el Modelo de Salud de Bogotá – MAS Bienestar, fundamentado en la atención primaria Social humanizada, para contribuir al goce del derecho a la salud e implementar la gestión del riesgo de la población objeto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Meta estratégica: A 2028 cumplir al 100% la implementación del modelo de salud + BIENESTAR en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

Meta para la vigencia 2025<sup>1</sup>.

*Indicadores asociados: Código PAAI (Plan de Acción Anual Institucional):*

- PAAI-25-06-02. Efectividad de canalizaciones en el marco de las acciones colectivas para pacientes afiliados a ERP con las que se tiene contratado el servicio.

Meta para la vigencia 2025: 80%

- PAAI-25-06-03. Cumplimiento de planes de cuidado familiar

Meta para la vigencia 2025: 80%

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

*Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso):*

- PAA-25-06-04. Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación Subred Sur Occidente ESE
- PAA-25-06-05. Acciones promocionales en el marco de las intervenciones colectivas
- PAA-25-06-06. Acciones de identificación temprana del riesgo en el marco de las intervenciones colectivas

<sup>1</sup> Documento Institucional: Acuerdo 087(18 de diciembre) de 2024, en el artículo 3; Perspectiva sector salud; objetivo estratégico 1



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	
		Proceso asociado: Gestión del Riesgo en Salud	
<div>- PAA-25-06-07. Porcentaje de cobertura de sectores priorizados en cada una de la fase</div> <div>- PAA-25-06-08. Porcentaje de Atenciones individuales por EAPB</div>			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	Meta	5.1. Avance Producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
		Resultado OC	
PAA-25-06-04. Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación Subred Sur Occidente ESE	85,0 %	71.79	<p>Al hacer la verificación en la Url <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosqim&amp;c=sgisrso">https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosqim&amp;c=sgisrso</a> para el indicador se observa que el proceso cargo evidencia para el total de la vigencia evaluada en la pestaña medición; sin embargo, inicio el análisis para el periodo evaluado a partir de marzo del 2025.</p> <p>Se realizó muestreo al azar tomando diciembre del 2025 para hacer la revisión conforme.url verificada: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=d6481d2297b29a7b833e38edf56aa3742412af41358c42bcd6ca6b0e53ee5dd7&amp;archivoid=434000">https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=d6481d2297b29a7b833e38edf56aa3742412af41358c42bcd6ca6b0e53ee5dd7&amp;archivoid=434000</a></p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p>
PAA-25-06-05. Acciones promocionales en el marco de las intervenciones colectivas	95,0 %	100	<p>La información verificada, es útil y sustenta la fórmula del indicador, es conforme.</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador.</p>
PAA-25-06-06. Acciones de identificación temprana del riesgo en el marco de las intervenciones colectivas	95,0 %	99.65	<p>Se identificó, sin registro del origen de los datos en los anexos evidencia para el periodo auditado de la muestra seleccionada al azar verificada último trimestre de la vigencia 2025.Url verificada:</p> <p><a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=82d0664e226a643ed9b1695e9b6c0da84cde9cd23adc684559bda0f29abb3b84&amp;archivoid=433966">https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=82d0664e226a643ed9b1695e9b6c0da84cde9cd23adc684559bda0f29abb3b84&amp;archivoid=433966</a></p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p>
PAA-25-06-07. Porcentaje de cobertura de sectores priorizados en cada una de las fases	100,0 %	98.70	<p>Al verificar el origen de la meta propuesta para el indicador el proceso reporto en el primer trimestre de la vigencia 2025"<i>Dentro del porcentaje, se incluyen los territorios que fueron</i></p>

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	<p>2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de Gestión del Riesgo en Salud</p> <p>Proceso asociado: Gestión del Riesgo en Salud</p>		
			<p>abordados bajo la estrategia de ruteo, casos priorizados y remitidos desde nivel central." la información es útil.</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p>
PAAI-25-06-08. Porcentaje de Atenciones individuales por EAPB	95,0 %	100	<p>La información verificada, es útil y sustenta la fórmula del indicador, es conforme. Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador.</p>
PAAI-25-06-01. Implementar acciones de gestión del riesgo individuales y colectivas en el marco del modelo más bienestar en salud para la Subred Sur Occidente	100,0 %	100	<p>La información verificada, es útil. Al verificar los registros de los análisis para el indicador se evidencian a partir de marzo del 2025 con frecuencia Mensual en la ficha técnica del indicador. Se identificó que los datos no cuentan con fuente u origen de los mismos. URL verificada: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=ec51de3449afece6d3e7c64d3abd3abc0f82f38f27a3250bddcc310e1fd45aea&amp;archivoid=434561">https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=ec51de3449afece6d3e7c64d3abd3abc0f82f38f27a3250bddcc310e1fd45aea&amp;archivoid=434561</a></p> <p>Cumplimiento del porcentaje promedio de los datos aportados de enero a diciembre del 2025 en la pestaña medición, documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador.</p>
PAAI-25-06-02. Efectividad de canalizaciones en el marco de las acciones colectivas para pacientes afiliados a ERP con las que se tiene contratado el servicio	80,0 %	91.55	<p>La información verificada, es relevante y útil</p> <p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p>
PAAI-25-06-03. Cumplimiento de planes de cuidado familiar	80,0 %	91.80	<p>Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador</p> <p>Al verificar el dato por muestreo al azar, se evaluó segundo semestre del periodo evaluado, encontrando que los datos no cuentan con fuente u origen de los mismos. URL verificada: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=78441ba128762701893e86ca836aa5a36a242684e1c4ccd63ed96ae33d1627e&amp;archivoid=434551">https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?to-ken=78441ba128762701893e86ca836aa5a36a242684e1c4ccd63ed96ae33d1627e&amp;archivoid=434551</a></p>
RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO		94.18	

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud: - Dirección de Gestión del Riesgo en Salud  <b>Proceso asociado:</b> Gestión del Riesgo en Salud
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b>  El proceso concentra sus esfuerzos para dar conformidad a las acciones propuestas en la vigencia evaluada de los indicadores estratégicos y tácticos	
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b>  Continuar con la validación permanente de los datos que aportan a los indicadores, realizar y registrar su monitoreo de manera oportuna. Establecer criterios en la documentación acerca del origen de los datos en los anexos evidencia para el periodo auditado en los indicadores PAA-25-06-06, PAAI-25-06-01 y PAAI-25-06-03 Mantener y mejorar la alineación constante en el tiempo, con el Plan estratégico Institucional	
<b>8. Firmas</b>  Carmen Mireya Reyes Moreno  Auditor(a)	

<b>1. Fecha:</b> 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de servicios de Salud - Dirección de Servicios Hospitalarios  <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Hospitalaria
<b>3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:</b>  <b>Objetivo Estratégico:</b> Implementar el Modelo de Salud de Bogotá – MAS Bienestar, fundamentado en la atención primaria Social humanizada, para contribuir al goce del derecho a la salud e implementar la gestión del riesgo de la población objeto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE  <b>Meta estratégica:</b> A 2028 cumplir al 100% la implementación del modelo de salud + BIENESTAR en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE  <b>Meta para la vigencia 2025<sup>2</sup>.</b>  <b>Indicadores asociados:</b> Código PAAI (Plan de Acción Anual Institucional):	

<sup>2</sup> Documento Institucional: Acuerdo 087(18 de diciembre) de 2024, en el artículo 3; Perspectiva sector salud; objetivo estratégico 1

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de servicios de Salud - Dirección de Servicios Hospitalarios	
		Proceso asociado: Gestión Clínica Hospitalaria	
<div>- PAAI-25-07-01. Proporción egresos por PHD</div> <div>Meta para la vigencia 2025: <div>&gt;=6%</div></div> <div>- PAAI-25-07-02. Oportunidad de intervención quirúrgica en paciente hospitalizado</div> <div>Meta para la vigencia 2025: <div>&lt;=72 horas</div></div>			
<div>Objetivo del Proceso: “Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de hospitalización de la Subred Suroccidente, mediante la atención integral con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades y expectativas de salud identificadas, minimizando al máximo los riesgos en la prestación del servicio”.</div> <div>Indicadores asociados: Código PAA (Plan de Acción Anual por proceso):</div> <div><div>- PAA-25-07-03. Oportunidad en la toma y entrega de muestras a laboratorio clínico para procesamiento de la Subred Sur Occidente E.S.E</div><div>- PAA-25-07-04. Oportunidad entre la orden médica y el traslado del usuario al servicio de imágenes diagnosticas, desde los Servicios Hospitalarios Subred Sur Occidente ESE</div><div>- PAA-25-07-05. Oportunidad en la realización de cirugía electiva Subred Sur Occidente ESE</div><div>- PAA-25-07-06. Cancelación de Cirugías electivas por Causa Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E</div><div>- PAA-25-07-07. Reingreso por el servicio de hospitalización Subred Sur Occidente ESE</div><div>- PAA-25-07-09. Porcentaje de infecciones asociadas al cuidado de la salud - IAAS en la Subred Sur Occidente ESE</div><div>- PAA-25-07-10. Promedio estancia hospitalaria Subred Sur Occidente ESE</div><div>- PAA-25-07-11. Promedio estancia hospitalaria con justificación clínica en la Subred Sur Occidente ESE</div><div><div>■ PGG-25-07-08 Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanua</div></div></div>			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
		Meta	<div>5.1. Avance Producto SGI (%)</div> <div>Resultado OC</div>
		5.2. Análisis de Resultados	

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de servicios de Salud - Dirección de Servicios Hospitalarios Proceso asociado: Gestión Clínica Hospitalaria		
PAA-25-07-03. Oportunidad en la toma y entrega de muestras a laboratorio clínico para procesamiento de la Subred Sur Occidente E.S.E.	540,0 M	100	Se cuenta con evidencias únicamente que sustenten el análisis del indicador de enero a julio del periodo evaluado. última Url verificada: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=494c3485c8e9dd336292d58a50055954b88adcd25c9bd8b8b7c86394bc265372&amp;archivoid=384450">https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/php/descargar.php?token=494c3485c8e9dd336292d58a50055954b88adcd25c9bd8b8b7c86394bc265372&amp;archivoid=384450</a> . Se identificó que los datos no cuentan con fuente u origen de los mismos. La información verificada, es útil. El dato suministrado en la medición del indicador. con tendencia en el rango $\geq -\infty < 540$ en semáforo en verde, sustenta la formula del indicador. Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador.
PAA-25-07-04. Oportunidad entre la orden médica y el traslado del usuario al servicio de imágenes diagnosticas, desde los Servicios Hospitalarios Subred Sur Occidente ESE	48	100	Resultado del indicador para el periodo evaluado en el rango $\geq -\infty < 48$ en semaforo en verde. La información verificada, es relevante. Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. Se evidenció análisis del indicador en la fuente almera hasta septiembre del 2025 con evidencias que los sustentan hasta julio de la vigencia objeto de evaluación.
PAA-25-07-05. Oportunidad en la realización de cirugía electiva Subred Sur Occidente ESE	10,0D	100	El resultado del indicador para el periodo evaluado presenta tendencia en el rango $\geq -\infty < 10$ semaforo en verde, documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. La información verificada, es relevante y útil
PAA-25-07-06. Cancelación de Cirugías electivas por Causa Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	6,0%	100	Resultado de la medición del indicador dentro del rango $\geq -\infty < 6$ Resultado de la medición del indicador dentro del rango documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. La información verificada, es relevante y útil
PAA-25-07-07.	2,0%	100	Resultado de la medición del indicador dentro del rango $\geq -\infty < 2$ Resultado de la medición del indicador dentro del

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia de Prestación de servicios de Salud - Dirección de Servicios Hospitalarios	
		Proceso asociado: Gestión Clínica Hospitalaria	
Reingreso por el servicio de hospitalización Subred Sur Occidente ESE			rango; documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. La información verificada, es relevante y útil
PAA-25-07-09. Porcentaje de infecciones asociadas al cuidado de la salud - IAAS en la Subred Sur Occidente ESE	2,0%	100	Existen diferencias sutiles al hacer la revisión matemática de los datos Vs. los resultados en la aplicación de la fórmula para los meses enero, marzo, junio, julio, agosto, noviembre y diciembre, que se ven reflejados en el resultado final del indicador (0,4% ). documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. El resultado del acumulado para el periodo evaluado se ubica dentro del rango $\geq -\infty < 2$ semáforo en verde La información verificada, es relevante y útil
PAA-25-07-10. Promedio estancia hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	6,0D	100	Se evidencia análisis de los resultados de la formula del indicador a partir de marzo. documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. Se observa resultado de la medición del indicador dentro del rango $\geq -\infty < 6$ semáforo en verde.
PAA-25-07-11. Promedio estancia hospitalaria con justificación clínica en la Subred Sur Occidente ESE	5,0D	100	El rango del resultado se ubica en $\geq -\infty < 5$ semáforo en verde. Se evidencia análisis de los resultados de la formula del indicador a partir de marzo; documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. Se identificó que los datos no cuentan con fuente u origen de estos, al verificar la muestra selectiva al azar (Periodo Dic 25) Url verificada: <a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&amp;option=editarmedicion&amp;indid=54500&amp;mid=184342">https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&amp;option=editarmedicion&amp;indid=54500&amp;mid=184342</a>
PGG-25-07-08. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	S/D Sin dato	100	Se evidencia análisis de los resultados de la formula del indicador a partir de marzo. documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. el resultado del indicador se ubica dentro del rango $\geq -\infty < 0$ semáforo en verde.



## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

### Oficina de Control Interno

1. Fecha: 28/01/2026	<b>2. Dependencia a evaluar:</b> Subgerencia de Prestación de servicios de Salud - Dirección de Servicios Hospitalarios <b>Proceso asociado:</b> Gestión Clínica Hospitalaria		
PAAI-25-07-01. Proporción egresos por PHD	4,5%	100	Documentos revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. el resultado del indicador se ubica en el rango $\geq 1.5 < +\infty$ semáforo en verde. La información verificada, es relevante y útil
PAAI-25-07-02. Oportunidad de intervención quirúrgica en paciente hospitalizado	72	100	El resultado del indicador para el periodo evaluado se ubica dentro del rango $\geq -\infty < 72$ semaforo en verde ; sin embargo se evidenció análisis de los resultados de la formula del indicador a partir de marzo. Existen diferencias sutiles en el resultado acumulado y los datos reportados mes a mes en la pestaña medición, revisados en la fuente Almera Institucional, con el código del indicador. La información verificada, es relevante y útil
<b>RESULTADO GENERAL / CUMPLIMIENTO</b>		100	
<b>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</b> Ultima revisión el 28 de enero del 2025. El proceso concentra sus esfuerzos para dar conformidad a las acciones propuestas en la vigencia evaluada de los indicadores estratégicos y tácticos			
<b>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</b> Conviene revisar la precisión de los datos numéricos descritos para los indicadores PAA 25-07-09, PAA-25-07-10 dados los cambios matemáticos sutiles detectados en los resultados de la aplicación de la fórmula del indicador en detalle mes a mes. Mantener y mejorar la alineación constante en el tiempo, con el Plan estratégico Institucional Continuar con la validación permanente de los datos que aportan a los indicadores, realizar y registrar su monitoreo de manera oportuna.			
<b>8. Firmas</b>			
Carmen Mireya Reyes Moreno <b>Auditor(a)</b>			

## EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2025

Oficina de Control Interno