

**Nombre del Informe, seguimiento o evaluación:**

Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias  
N° Informe OCI-SISSO-IL-2022-02

**Auditor(es) responsable(s) del seguimiento o evaluación:**

Soraya Paredes Muñoz  
Lida Inés Aponte Espitia  
Ana Lucía Arias Gómez  
Carmen Mireya Reyes Moreno  
Angélica del Pilar Sánchez Pacheco  
Víctor Andrey Sánchez Aguirre  
William José Tovar Pabón  
José William Forero Jiménez  
Cesar Tulio Álvarez Briñez  
Luis Carlos Conde Sánchez

**Fecha:**

Bogotá D.C., 31 de enero de 2022

## I. OBJETIVO

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

## II. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO O EVALUACIÓN

El alcance previsto para este Informe de Ley - IL o auditoría de cumplimiento contempló la evaluación del grado de ejecución de los compromisos establecidos en el Plan de Acción Anual Institucional 2021 para las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a 31 de diciembre de 2021.

**LIMITACIÓN EN EL ALCANCE:** La Oficina de Control Interno no emite evaluación de las siguientes dependencias, en razón a:

- **Dirección de Servicios de Urgencias** (Proceso Gestión Clínica de Urgencias). En la información y/o soportes evidenciados de dos (2) indicadores, de los cuatro (4) del proceso, se observaron inconsistencias y/o deficiencias, las cuales no fueron aclaradas a la fecha de emisión de este informe y, que se encuentran descritas en la página 22 del anexo de este informe.
- **Dirección de Servicios Ambulatorios** (Proceso Gestión Clínica Ambulatoria). En la información y/o soportes evidenciados de dos (2) indicadores, de los catorce (14) del proceso, se observaron inconsistencias y/o deficiencias, las cuales no fueron aclaradas a la fecha de emisión de este informe y, que se encuentran descritas en la página 30 del anexo de este informe.

Sin perjuicio de lo anterior, de los indicadores que contaban con información y soportes completos, confiables y pertinentes, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación individual de cada uno y registró sus resultados en el anexo de este informe, en la dependencia correspondiente.

### III. MARCO LEGAL / NORMATIVIDAD APLICABAL

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

### IV. DESARROLLO

Dando cumplimiento a la normatividad anteriormente relacionada, la Oficina de Control Interno llevó a cabo la verificación del cumplimiento de las metas institucionales por parte de las diferentes áreas o dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., tomando como criterio las metas asociadas a los objetivos estratégicos de la Entidad (consolidados en el Plan de Acción Anual Institucional 2021), tomando como insumo los registros realizados y soportes cargados en el aplicativo ALMERA por los responsables de los procesos asociados a cada área o dependencia.

### V. CONCLUSIONES

Previo análisis de los resultados de gestión obtenidos durante el ejercicio de seguimiento y evaluación del Plan de Acción Anual Institucional, a continuación, se relacionan los resultados consolidados de la evaluación por áreas o dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. correspondientes a la vigencia 2021:

DEPENDENCIAS / ÁREAS	PROCESOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	99,80%

DEPENDENCIAS / ÁREAS	PROCESOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Oficina de Calidad	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo	99,36%
Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	99,78%
Dirección de Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano	100,00%
Oficina de Gestión del Conocimiento	Gestión del Conocimiento	100,00%
Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Gestión del Riesgo en Salud	98,85%
Dirección de Servicios Hospitalarios	Gestión Clínica Hospitalaria	100,00%
Dirección de Servicios Complementarios	Gestión de Servicios Complementarios	100,00%
Dirección Financiera	Gestión Financiera	98,40%
Oficina Asesora de Comunicaciones	Gestión de Comunicaciones	100,00%
Oficina de Sistemas de Información - TICS	Gestión de TICS	97,09%
Dirección Administrativa	Gestión del Ambiente Físico	95,61%
Oficina Asesora Jurídica	Gestión Jurídica	100,00%
Oficina de Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	100,00%
Oficina de Control Interno	Control Interno	100,00%
Dirección de Contratación	Gestión de Contratación	100,00%

**NOTA:** La **Dirección de Servicios de Urgencias** (Proceso Gestión Clínica de Urgencias) y la **Dirección de Servicios Ambulatorios** (Proceso Gestión Clínica Ambulatoria) no pudieron ser evaluadas, de acuerdo con la limitación en el alcance para su evaluación, descrito en el numeral II de este informe.

## V. RECOMENDACIONES

El Plan de Acción Anual Institucional es una herramienta de gestión, que permite a cada una de las dependencias organizacionales, orientar sus procesos y recursos de forma estratégica hacia el logro de unos objetivos y metas previamente establecidos, y conforme a los resultados obtenidos en la evaluación de la gestión de las dependencias, la Oficina de Control Interno insta a considerar las siguientes recomendaciones para la mejora de los resultados:

- Mantener el seguimiento y medición de los indicadores del plan de acción.
- Establecer acciones para cumplir con las actividades del plan de trabajo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
- Cumplir con la cobertura en la capacitación de Política de Seguridad al personal asistencial.
- Mejorar la percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores.
- Establecer acciones que permitan aumentar el cumplimiento de la buena práctica para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud - IAAS.
- Establecer acciones que permitan disminuir la reincidencia de eventos adversos por la misma causa.

- Teniendo en cuenta que, para los indicadores “*Porcentaje de ejecución del plan de acción del Subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnica a las formas de participación Social Subred Sur Occidente ESE*” y “*Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la política pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente ESE*” del proceso Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, se aporta como soporte de cumplimiento la matriz “*Informe trimestral oficinas de participación social - USS y EAPB 2021 (documento controlado no codificado)*”, la Oficina de Control Interno recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que presuntamente evalúan lo mismo y para los cuales se presenta como evidencia de su cumplimiento el mismo soporte.
- Con el fin de terminar el plan de trabajo “Estrategia de formalización y dignificación laboral en la Subred Sur Occidente E.S.E.” se hace necesario que, una vez la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud entregue el informe final del estudio de cargas laborales, se desarrollen las actividades “*Validación documento técnico por parte de las Autoridades de la entidad*” y “*Realizar las gestiones pertinentes según directriz del ente territorial*”.
- Respecto a la Gestión del Riesgo Individual, se recomienda revisar el contexto del cumplimiento del indicador “*Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación*”.
- En cuanto a la Gestión del Riesgo Colectivo, es necesario especificar las acciones que den cuenta del cumplimiento de los indicadores alineados con los indicadores de los planes estratégicos de la Subred.
- Revisar y, si es necesario, modificar la información de fichas técnicas de la meta y el umbral de desempeño del indicador de “*Porcentaje de infección intrahospitalaria*”. (Proceso: Gestión Clínica Hospitalaria)
- Es importante que, la Dirección de Servicios Complementarios, Dirección de Servicios de Urgencias y Dirección de Servicios Ambulatorios publiquen en la información oficial de la intranet de la institución, todas las bases de datos soporte del cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción Anual, previamente depuradas y conciliadas por los responsables de cada proceso.
- Es necesario que la Dirección de Servicios de Urgencias y la Dirección de Servicios Ambulatorios, incluyan en las fichas técnicas de los indicadores la fuente de la información, tanto para el numerador como para el denominador, de las fórmulas reportadas, con el fin de contar con información disponible y precisa.
- En el ejercicio de análisis y seguimiento se deben consolidar los datos anuales de los numeradores y denominadores de los indicadores.
- Generar información con oportunidad, atendiendo los requerimientos normativos.
- Al ser la ficha técnica un instrumento de transparencia de la forma de cálculo de los valores del indicador, se debe describir de forma clara los datos que se tiene en cuenta para el cálculo del mismo.
- Continuar con la depuración de las cifras contables y presupuestales, además de adelantar acciones correctivas en los procesos de gran complejidad como son cartera, facturación y glosas, implementando controles que permitan el flujo normal de las operaciones y la mejora continua de los procedimientos.
- A la Oficina Asesora de Comunicaciones, se recomienda:

- Ajustar el indicador “Adherencia a las estrategias de comunicación internas” acorde al manual de comunicaciones institucional vigente.
- Alinear el objetivo, fórmula y análisis en el indicador “Percepción de la imagen institucional” para permitir la concordancia entre ellos.
- En el logro del indicador “*Cumplimiento ANS de sistemas por mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E.*”, se evidenciaron falencias en el registro de solicitud y resolución de tickets, toda vez que, de acuerdo con las verificaciones realizadas, el aplicativo no tiene en cuenta la hora de solicitud y resolución de los tickets, impidiendo la correcta cuantificación de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS). De otra parte, los números asignados a los tickets no se registran de manera consecutiva, situaciones que generan duda razonable frente a la parametrización del aplicativo “mesa de ayuda” de la Subred Sur Occidente.
- Dar cumplimiento oportuno del 100% al Plan Institucional de Archivos - PINAR y Programa de Gestión Documental - PGD, dada la importancia en la alineación del indicador con el cumplimiento de los planes estratégicos a 2024 para la Subred.
- Con el fin de dar cumplimiento al porcentaje del plan de mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria de la Subred a 2024, conviene monitorear y verificar el cumplimiento del indicador “*Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria*”.
- Dar continuidad al plan preventivo disciplinario, a fin de lograr mayor divulgación entre los funcionarios y colaboradores de la Subred Sur Occidente en procura de total adherencia a lo establecido en la Ley 2094 de 2021.
- De conformidad con lo establecido en el Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, se hace necesario ejecutar el 100 % de las auditorias, informes, seguimientos y evaluaciones programadas en el mencionado plan, a fin de atender actividades aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.
- Una vez verificados los indicadores “*Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E.*” y “*Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E.*” del proceso Gestión de la Contratación de la Dirección de Contratación, la Oficina de Control Interno no evidencia diferencias entre las actividades ejecutadas para el cumplimiento de dichas acciones, por lo que, recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que presuntamente evalúan lo mismo y para los cuales se presentan soportes de cumplimiento similares.

Bogotá D.C., 31 de enero de 2022



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

ANEXO INFORME OCI-SISSO-IL-2022-02

**EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL POR DEPENDENCIAS - Vigencia 2021**

FECHA: 31 de enero de 2022

DEPENDENCIA: **OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

<b>PROCESO:</b> 01. Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
<b>OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</b> Proveer directrices y lineamientos de carácter estratégico y operativo para la formulación, desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de plataforma estratégica, políticas, planes, programas y proyectos bajo un enfoque de eficiencia y eficacia en la gestión de los procesos institucionales.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Sistematización de los reportes DINAMICA Gerencial Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Los 80 informes que se tenía programado entregar, se cumplieron, lo que excedió la meta establecida para este indicador. Se observaron las evidencias en el aplicativo ALMERA
Efectividad a las respuestas de las necesidades de información Gerencia de la Información Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Este indicador se mide con las encuestas realizadas a los clientes de Gerencia de la Información, donde los criterios asociados a la efectividad son medidos. En la vigencia 2021 se realizaron 3.066 encuestas, de las cuales, 2.817 tuvieron una respuesta positiva a estos criterios, con un resultado acumulado del 92.56%, teniendo en cuenta que la meta se estableció en un 90%, el indicador cumplió en un 100%. Se observaron soportes y seguimientos en el aplicativo ALMERA.
Disminución de inconsistencias Registros Individuales para la Prestación de Servicio (RIPS)	1%	100%	Este indicador presenta medición trimestral y tenía como meta no exceder las inconsistencias generadas por los RIPS en un 1%, de acuerdo con el trabajo interdisciplinario se pudo cumplir con el indicador en un -30% acumulado para la vigencia 2021. Respecto a la meta, el cumplimiento del indicador es el 100%. Se observaron evidencias y seguimientos en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento de la Utilización de la información de RIPS Sub Red Sur Occidente ESE	100%	100%	Se tenía planeado la entrega de un informe trimestral de RIPS a la Junta Directiva, como insumo para la toma decisiones, los cuales fueron entregados en su totalidad, cumpliendo con la meta establecida en un 100%.
Cumplimiento del Plan de Acción de Gestión Documental	100%	100%	Se estableció un plan de acción con 27 actividades, las cuales se realizaron en los diferentes trimestres, cumpliendo con el 100%

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
(Historia Clínica) Subred Sur Occidente E.S.E.			de las actividades propuestas. Se observaron los seguimientos y evidencias publicados en ALMERA.
Cumplimiento índice de desempeño institucional - MIPG	91%	97,20%	La medición de este indicador se realiza con el cumplimiento del plan de trabajo de MIPG, el cual está sujeto a cambios con base en los resultados del FURAG. Al 31-dic-2021, el indicador presenta un cumplimiento del 88.40% respecto a la meta del 91%. Se observa un cumplimiento del 97.20% y en el aplicativo ALMERA se observaron los seguimientos y evidencias y el plan de trabajo de MIPG.
Cumplimiento promedio de los indicadores de evaluación de la política de Riesgo Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Este indicador se mide con base en el promedio de la medición de los indicadores de la política de riesgos, la cual tuvo un 98.50% de eficiencia en el cumplimiento de las actividades y metas programadas, lo cual se evidencia en el cuadro de mando del aplicativo ALMERA. Con base en la meta que era el 90%, se puede evidenciar un cumplimiento del 100% del indicador.
Seguimiento a los convenios interadministrativos de obra y dotación vigentes Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se tenía programado la realización de 40 seguimientos a convenios interadministrativos de obra y dotación vigentes en la Subred Sur Occidente E.S.E, los cuales se realizaron en su totalidad, cumpliendo la meta establecida en un 100%. Se evidenciaron seguimientos y soportes en el aplicativo ALMERA.
Seguimiento a los cronogramas de obra de los proyectos de inversión Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se realizó el 100% de los seguimientos programados a los proyectos de inversión de la Subred, lo que representa un cumplimiento del 100% del indicador. Se evidenciaron soportes y seguimientos en el aplicativo ALMERA.
Implementación del Plan de Mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Se tenían planteadas 24 actividades, las cuales se cumplieron en un 100%. Teniendo en cuenta que, la meta es el 90% se puede evidenciar un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y soportes en el aplicativo ALMERA
Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	El cumplimiento del plan de servicios para la vigencia 2021 acumulado es del 98.65%, teniendo en cuenta que la meta es 90%, se puede observar un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y soportes en aplicativo ALMERA.
Cumplimiento del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica (PIPE 2020 - 2024) Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se tenían programadas 27 actividades, de las cuales, se realizaron 26, con un cumplimiento acumulado del 97.70%, teniendo en cuenta la meta del 90%, se observa un cumplimiento

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			del 100%. Se observaron seguimientos y soportes en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento de la evaluación del Plan de Gestión de Gerencia evaluado de acuerdo con la matriz normativa (Res. 408 de 2018) Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Este indicador no es calificable para la vigencia 2021, dado que los gerentes en propiedad no estuvieron período completo durante la vigencia. Por lo anterior, se mide con 92,80% dato que fue reportado como evaluación preliminar en el primer semestre de 2021. Con base en la meta establecida y el cumplimiento del primer semestre se evidenció cumplimiento del 100%.
Cumplimiento de Planes de Trabajo desarrollados para la gestión y ejecución de los Proyectos de Inversión de la Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se realizaron seguimientos a la totalidad de los planes de trabajo para la gestión y ejecución de los proyectos de inversión en la Subred, lo que representa un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99.80%</b>	

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

La dependencia presenta un cumplimiento del 99.80%

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

- Mantener el seguimiento y medición de los indicadores del plan de acción.
- Establecer acciones para cumplir con las actividades del plan de trabajo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

  
**VÍCTOR ANDREY SÁNCHEZ AGUIRRE**  
Auditor - Profesional OCI

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

**DEPENDENCIA: OFICINA DE CALIDAD**

**PROCESO:** 02. Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Asesorar y coordinar la planificación, ejecución, desarrollo, mantenimiento, seguimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión y sus diferentes componentes, a través del acompañamiento y operativización de estrategias que fortalezcan



el mejoramiento continuo de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E que contribuyan a la satisfacción de las partes interesadas.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Monitoreo de segundo orden de los planes de mejora registrados en ALMERA Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	La Oficina de Calidad realizó seguimiento de segundo orden al 100% de los planes de mejoramiento registrados en ALMERA. Teniendo en cuenta la meta, se dio un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en aplicativo ALMERA.
Unidades acreditadas que mantienen el certificado de acreditación Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	En el mes de octubre de 2020 el ICONTEC realizó visita de evaluación de primer seguimiento a las Unidades de Fontibón y en el mes de febrero de 2021 realizó visita de primer seguimiento de cuarto ciclo a las unidades Pablo VI; en las dos oportunidades se ratificó la acreditación para las 19 Unidades. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA
Referencias gestionadas Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se recibieron 44 solicitudes de referenciación, las cuales se atendieron en su totalidad (100%), por lo tanto, se excedió la meta establecida del 90%. Se observaron seguimientos y evidencias publicadas en ALMERA.
Cumplimiento a la Adherencia a la metodología de riesgos Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Para la medición del presente indicador el proceso de calidad se establecieron 37 actividades de control de los riesgos para lo cual se desarrollaron en completitud, teniendo en cuenta la meta, se cumplió con el indicador al 100%. Se observan seguimiento y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento plan de trabajo de autoevaluación SUH	95%	100%	Se tenían programadas 140 actividades, de las cuales, se cumplieron 137, es decir, el 97.85%. Con base en la meta que es del 95%, se evidenció un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Adherencia en el uso del aplicativo ALMERA Subred Sur Occidente E.S.E.	80%	100%	Se evaluaron 543 colaboradores, de los cuales, 518 obtuvieron un resultado superior al 75% en el pos test de ALMERA, con un resultado acumulado del indicador del 83.97%. Teniendo en cuenta que la meta es del 80%, se determinó un cumplimiento del 100% del indicador.
Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en la Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Este indicador presenta para la vigencia 2021 un acumulado de cumplimiento en las acciones de mejora derivadas de las auditorias PAMEC del 95.08%, teniendo en cuenta la meta establecida del 90% se evidenció un cumplimiento del 100% del indicador. Se observaron seguimientos y evidencias publicadas en ALMERA.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de Cronograma PAMEC Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se tenían programadas 314 auditorías, de las cuales, se cumplieron 307, es decir, el 98%. Teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, este indicador se cumplió en un 100%. Se observaron seguimientos y soportes en el aplicativo ALMERA.
Cobertura de capacitación en la Política de Seguridad del Paciente a los colaboradores asistenciales en la Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	93.70%	Se capacitó a 4.548 colaboradores de los 4.854 programados, es decir, el 93.70%. Teniendo en cuenta lo anterior, no se cumplió la meta propuesta de este indicador que era del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en la Subred Sur Occidente E.S.E.	83%	97.50%	Desde el año 2017 la medición de la cultura de seguridad se realiza anualmente y a través de la encuesta virtual clima de seguridad HRQ, producto de referenciación interna con la Unidad de Pablo VI, la cual evalúa 7 componentes: directivo, equipo de trabajo, cultura flexible, cultura de información, cultura justa, cultura del reporte y percepción de cultura de seguridad en el área de trabajo. La medición del año 2021 fue realizada a 4.188 colaboradores, entre administrativos y asistenciales, con un resultado del 81% de percepción positiva, y siendo la meta del 83%, se evidenció un cumplimiento del 97.5% del indicador. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento de la Buena práctica para la prevención de IAAS Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	97.30%	La medición de este indicador se hace mediante la aplicación de listas de chequeo contrastando los procesos de usuario protegido, protocolo de limpieza y desinfección en enfermería, operarias de servicios generales y farmacia. En 2021 el resultado acumulado de la adherencia a la buena práctica para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud - IAAS fue del 87.60%, teniendo en cuenta que la meta era del 90%, se observó un cumplimiento del 97.30%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Percepción favorable de cultura de Humanización por Cliente Interno de la Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Esta medición tiene por objetivo conocer la percepción del cliente interno frente a las acciones que desarrolla la institución y que promueven la protección, acompañamiento, satisfacción, bienestar y crecimiento personal y laboral de los colaboradores. Se aplicaron 1.184 encuestas con un cumplimiento del 91.05%, teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, se evidenció un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y avances en el aplicativo ALMERA.
Apropiación de la Política de Humanización por Cliente	90%	100%	La medición de este indicador contó con una muestra de 359 colaboradores. El componente de Política de Humanización a

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Interno de la Subred Sur Occidente E.S.E.			colaboradores cuenta con 8 criterios y para el año 2021 el cumplimiento fue del 96.20%. Teniendo en cuenta la meta establecida del 90%, se evidenció un cumplimiento del 100%.
Apropiación de la Política de Humanización por Cliente Externo de la Subred Sur Occidente	90%	100%	La medición de este indicador se realiza con entrevistas a usuarios que se desarrollan durante los acompañamientos en los diferentes servicios, a través de la aplicación de una lista de chequeo que consta de un componente con 6 criterios. En el año 2021 se observó un cumplimiento del 94.20%, con base en la meta propuesta (90%) se evidenció cumplimiento del 100%.
Disminución de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia Subred Sur Occidente E.S.E.	0,1%	100%	Este indicador mide el comportamiento de las manifestaciones negativas por trato deshumanizado en el 2021 comparado con el 2020. En 2021 se buscaba que las quejas por deshumanización disminuyeran en un 1%. Como resultado acumulado se obtuvo una disminución exacta del 1% en 2021 respecto al 2020. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Reincidencia de eventos adversos por la misma causa Subred Sur Occidente E.S.E.	75%	100%	Se identificaron 849 eventos adversos prevenibles, de los cuales, 410 se presentaron por acciones inseguras reincidentes y correspondieron a eventos asociados a las 3 primeras causas de la Subred (infecciones asociadas a la atención en salud, úlceras por presión y lesiones por caídas). El cumplimiento general del indicador en 2021 es del 100%, toda vez que, el valor acumulado de reincidencia fue del 53.28%. Se evidenciaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Percepción de cultura de humanización a cliente externo Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	La medición de la cultura de humanización tiene por objetivo conocer la favorabilidad de la percepción de los usuarios frente a las acciones del programa de humanización. Durante el segundo bimestre del año 2021 se realizó la aplicación, tabulación y elaboración del informe de los resultados de la medición de la vigencia 2020 a nivel de la Subred para el cliente externo, la cual fue del 95,43%, dando cumplimiento a la meta propuesta del 95%, por lo que, el resultado general es del 100%. Se observan seguimiento y evidencias en el aplicativo ALMERA.
Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente	90%	100%	Se tenían planeadas 542 actividades, de las cuales, se cumplieron 522, para un cumplimiento acumulado del 96.32%, teniendo en cuenta que la meta era del 90%, se observó un cumplimiento del 100%. Se observaron seguimientos y evidencias en el aplicativo ALMERA.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99.36%</b>	


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

La dependencia presenta un cumplimiento del 99.36%.

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

- Cumplir con la cobertura en la capacitación de política de seguridad al personal asistencial.
- Mejorar la percepción de clima y cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores.
- Establecer acciones que permitan aumentar el cumplimiento de la buena práctica para la prevención de IAAS.
- Establecer acciones que permitan disminuir la reincidencia de eventos adversos por la misma causa.

  
**VÍCTOR ANDREY SÁNCHEZ AGUIRRE**  
Auditor - Profesional OCI

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

**DEPENDENCIA: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**

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

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS								
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados						
Porcentaje de cumplimiento de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos que involucren al proceso Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Una vez verificada la matriz "Indicador PQRS", se observó que la Entidad, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015, dio respuesta oportuna a 5.248 PQRS recibidas en el período comprendido entre el 1 de enero y el 15 de diciembre de 2021. (5.248 / 5.248 = 100%).						
Percepción de satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Verificada la matriz "Satisfacción global Subred 2021", se evidenció que los usuarios de la Subred Sur Occidente cuentan con promedio de satisfacción del 98,4%, así:						
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta: Buena y Muy buena</th> <th>N° Encuestas</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13.291</td> <td>13.503</td> <td>98,4%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta: Buena y Muy buena	N° Encuestas	%	13.291	13.503	98,4%
			Respuesta: Buena y Muy buena	N° Encuestas	%				
13.291	13.503	98,4%							

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																			
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																	
			Respecto a la meta propuesta corresponde al 100% de cumplimiento.																	
Incremento del porcentaje de formas de Participación Ciudadana y Control Social, Activas (Semestral) Subred Sur Occidente E.S.E.	5%	100%	En la vigencia 2021 se dio continuidad al despliegue de las estrategias definidas por la comunidad y descritas en el instructivo " <b>charlas en salas de espera</b> ", en donde, tanto los integrantes de las Formas de Participación Social en Salud como los Auxiliares de Servicio al Ciudadano socializaron los mecanismos de participación social y como acceder a ellos. La meta propuesta fue la vinculación de 18.6 nuevos integrantes a las formas de participación y se alcanzó el registro de 39. Por lo anterior, se evidenció un cumplimiento del 100% del indicador.																	
Porcentaje de apropiación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los colaboradores Subred.	90%	100%	Mediante las estrategias " <i>Concéntrate con el derecho y el deber, la píldora del derecho y el deber, la ruleta del saber, a saltar y saltar que el derecho y el deber debes mencionar, un derecho y un deber te queremos recordar y tú al usuario lo debes replicar, entre otras</i> ", se realizó medición del concomitamiento de derechos y deberes por parte de los colaboradores de la Subred. Durante el primer semestre se obtuvo un 90% de apropiación y en el segundo un 93%, obteniendo un 100% de cumplimiento.																	
Porcentaje de recordación de deberes de los usuarios de la Subred	80%	100%	De acuerdo con las mediciones del área, se evidenció un cumplimiento del 85% en la " <b>Recordación de deberes</b> " (21.132 / 21.731 = 85%). Sobre la meta establecida corresponde al 100% de cumplimiento.																	
Porcentaje de recordación de derechos de los usuarios de la Subred	80%	100%	De acuerdo con las mediciones del área, se evidenció un cumplimiento del 87% en la " <b>Recordación de derechos</b> " (21.396 / 24.731 = 87%). Sobre la meta establecida, se logró un cumplimiento del 100%.																	
Porcentaje de ejecución del plan de acción del subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnica a las formas de Participación Social Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se definieron 5 ejes estratégicos con 61 actividades, de las cuales, se evidenció la correcta ejecución de 60, que equivale al 98% de cumplimiento, así: <table border="1" data-bbox="766 1514 1435 1793"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Eje Estratégico</th> <th colspan="2">Acciones</th> </tr> <tr> <th>Programadas</th> <th>Ejecutadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fortalecimiento Institucional.</td> <td>12</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>3. Impulso a la cultura de la salud.</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>4. Control Social en Salud.</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Eje Estratégico	Acciones		Programadas	Ejecutadas	1. Fortalecimiento Institucional.	12	11	2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	20	20	3. Impulso a la cultura de la salud.	12	12	4. Control Social en Salud.	10	10
Eje Estratégico	Acciones																			
	Programadas	Ejecutadas																		
1. Fortalecimiento Institucional.	12	11																		
2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	20	20																		
3. Impulso a la cultura de la salud.	12	12																		
4. Control Social en Salud.	10	10																		


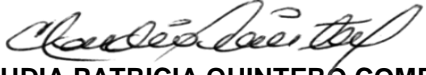
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																									
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																							
			<table border="1"> <tr> <td>5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>61</b></td> <td><b>60</b></td> </tr> </table> <p>Teniendo en cuenta la meta establecida, se presentó el 100% de cumplimiento del indicador.</p>	5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	7	7	<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>60</b>																	
5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	7	7																								
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>60</b>																								
Cumplimiento de los estándares para la implementación de la Política Pública de Servicio a la Ciudadanía Subred Sur Occidente ESE.	90%	100%	Para dar cumplimiento a la implementación de esta política, la Subred definió 18 acciones, evidenciándose acompañamientos realizados a los usuarios por medio de programas como: "Corazón solidario, dirigido a la población en situación de abandono social con el fin de generar espacios de esparcimiento con este grupo poblacional". Además, se dio continuidad a los programas para disminuir las barreras de acceso a la Entidad. Mediante el aplicativo "Cuéntanos Bogotá" se realizó medición de encuesta posventa y/o tele auditoria con el fin de conocer la percepción de los usuarios frente a la atención recibida. Se retomaron los talleres pedagógicos para los casos donde se presenta incumplimiento a las citas médicas por los usuarios.																							
Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	98%	Se definieron 5 ejes estratégicos con 61 actividades, de las cuales, se evidenció la correcta ejecución de 60, que equivale al 98% de cumplimiento, así: <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Eje Estratégico</th> <th colspan="2">Acciones</th> </tr> <tr> <th>Programadas</th> <th>Ejecutadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fortalecimiento Institucional.</td> <td>12</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>3. Impulso a la cultura de la salud.</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>4. Control Social en Salud.</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>61</b></td> <td><b>60</b></td> </tr> </tbody> </table>	Eje Estratégico	Acciones		Programadas	Ejecutadas	1. Fortalecimiento Institucional.	12	11	2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	20	20	3. Impulso a la cultura de la salud.	12	12	4. Control Social en Salud.	10	10	5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	7	7	<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>60</b>
Eje Estratégico	Acciones																									
	Programadas	Ejecutadas																								
1. Fortalecimiento Institucional.	12	11																								
2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en Salud	20	20																								
3. Impulso a la cultura de la salud.	12	12																								
4. Control Social en Salud.	10	10																								
5. Gestión y garantía en salud con participación en proceso decisión.	7	7																								
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>60</b>																								
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>99.78%</b>																								

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

La dependencia obtuvo 99.78% de cumplimiento frente a las actividades descritas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

Teniendo en cuenta que, para los indicadores “Porcentaje de ejecución del plan de acción del Subproceso de Participación Comunitaria en asistencia técnica a las formas de participación Social Subred Sur Occidente ESE” y “Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la política pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente ESE”, se aporta como soporte de cumplimiento la matriz “Informe trimestral oficinas de participación social - USS y EAPB 2021 (documento controlado no codificado)”, la Oficina de Control Interno recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que presuntamente evalúan lo mismo y para los cuales se presenta como evidencia de su cumplimiento el mismo soporte.

 <b>LUIS CARLOS CONDE SÁNCHEZ</b> Auditor - Profesional Universitario OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
--	--

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

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

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar y gestionar las necesidades de talento humano, a partir de un proceso estructurado que incluya las fases de planeación, administración y fase de desvinculación o retiro, en conformidad con las regulaciones normativas vigentes y lineamientos internos, para contribuir con el fortalecimiento del desempeño institucional y la satisfacción del cliente interno, mediante el desarrollo de los planes, programas y lineamientos internos de operación que mejoren las competencias del talento humano, el clima organizacional y la seguridad y salud en el trabajo, en el marco de una filosofía de humanización y mejoramiento continuo.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación - PIC Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	El cumplimiento del PIC fue del 97% (66 actividades ejecutadas de 68 planeadas). Quedó pendiente por ejecutar las actividades: “Formación técnico legal en vigilancia Sanitaria dirigido a colaboradores de salud pública” y “Manejo de herramientas ofimáticas dirigido a todos los colaboradores”, las cuales no se lograron concretar con las entidades correspondientes.
Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Terminó en estado “completo” en un 100% (40 actividades anuales). Mencionadas actividades se desarrollan de forma mensual, tales como: reconocimiento a profesiones y oficios, cumpleaños, actividades de ahorro, recreación, finanzas, promoción de programas de vivienda en acompañamiento de la caja de compensación familiar, caminatas, ferias de servicios, entre otras.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	90%	100%	Para vigencia 2021 se programaron 495 actividades, de las cuales, se ejecutaron 483, representando un 98% de cumplimiento de las actividades programadas. Se evidencia el cumplimiento de 8 puntos porcentuales por encima de la meta programada (90%), obteniendo como resultado un 100% de la meta establecida.
Porcentaje de ejecución del plan de acción de clima organizacional Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	De acuerdo con el Plan de Trabajo "Intervención priorizada como resultado de medición de clima organizacional de la Subred 2020" fueron programadas y ejecutadas 8 actividades durante la vigencia 2021, dando cumplimiento al 100% de la meta establecida.
Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo a la priorización de la medición obtenida Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	De acuerdo con el Plan de Trabajo "Transformación cultural" se programaron y ejecutaron 10 actividades durante la vigencia 2021, dando cumplimiento al 100% de la meta establecida.
Cumplimiento del Plan de Acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Al 31-dic-2021 la Entidad no recibió, por parte de la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud, el informe final del estudio de cargas laborales realizado durante la vigencia 2021, el cual estaba proyectado para ser entregado inicialmente en el mes de julio de 2021 con prórroga posterior de dos meses. En consecuencia, realizado el seguimiento pertinente de avance en la ejecución y considerando que la Subred no cuenta con el informe final del estudio de cargas laborales, situación que se encuentra fuera del control y accionar de la Subred, las actividades "Validación documento técnico por parte de las Autoridades de la entidad" y "Realizar las gestiones pertinentes según directriz del ente territorial" del plan de trabajo no presentan viabilidad de ejecución ni alcance institucional de respuesta. De acuerdo con lo anterior se ejecutaron las 6 actividades programadas en el Plan de trabajo "Estrategia de formalización y dignificación laboral en la Subred Sur Occidente E.S.E.
Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral. Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se requería proveer 58 vacantes, las cuales se proveyeron y fueron nombradas en el área asistencial: médicos generales, auxiliares área de salud y enfermeros.



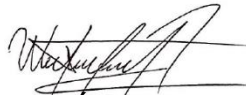

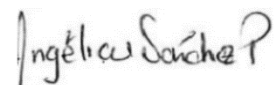
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Oportunidad del proceso selección Subred Sur Occidente E.S.E.	26D	100%	Este indicador es mensual y se calcula entre el tiempo desde la radicación del requerimiento hasta su entrega a contratación. 22,34 días resultado del indicador, inferior a 26 días establecidos en la meta, por lo tanto, se cumplió en un 100%.
Rotación de personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores durante la vigencia. Sub Red Sur occidente E.S.E.	7%	100%	En el año 2021 el indicador fue del 2,96%, rotación global que se encuentra dentro de la meta institucional, y con la cual se observó un descenso en el comportamiento respecto al año 2020.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

La dependencia obtuvo una calificación general del 100%.

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

Con el fin de terminar el plan de trabajo “Estrategia de formalización y dignificación laboral en la Subred Sur Occidente E.S.E.” se hace necesario que, una vez la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud entregue el informe final del estudio de cargas laborales, se desarrollen las actividades “Validación documento técnico por parte de las Autoridades de la entidad” y “Realizar las gestiones pertinentes según directriz del ente territorial”.

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

DEPENDENCIA: OFICINA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

**PROCESO:** 05. Gestión del Conocimiento

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

- Garantizar la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los seres humanos involucrados en un estudio, por medio de revisión, aprobación y seguimiento de proyectos de investigación junto con el consentimiento informado de los sujetos de estudio.
- Contribuir a la formación de los estudiantes del sector salud y a la generación de conocimiento, a través de escenarios clínicos adecuados y la gestión de los convenios docencia servicio con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud y las competencias requeridas del talento humano en salud.


COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Relación costo beneficio docencia servicio Subred Sur Occidente E.S.E.	1 u	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida para la vigencia 2021.
Proyectos de Investigación académicos Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Fontibón como Unidad Acreditada en Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las Unidades de Occidente de Kennedy Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para certificar el centro de investigaciones en BPC (Buenas Prácticas Clínicas) Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las Unidades de Patio Bonito Tintal Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

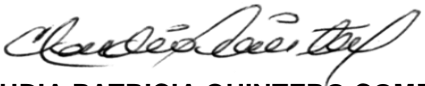
**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

Teniendo en cuenta que la dependencia obtuvo un cumplimiento del 100%, no se realizan recomendaciones.

  
**JOSÉ WILLIAM FORERO JIMÉNEZ**  
Auditor - Profesional OCI

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

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

**PROCESO:** 06. Gestión del Riesgo en Salud

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Realizar intervenciones individuales y/o colectivas de Salud Pública para contribuir al cumplimiento de las metas priorizadas y definidas en el Plan Nacional de Salud Pública así como las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, mediante la 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.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
<b>GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL</b>			
Acciones promocionales y preventivas a población con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas	85%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Población riesgo de consumo de sustancias psicoactivas Subred Sur Occidente E.S.E.	20%	100%	Cumplimiento del indicador: La sumatoria está en el 17.1% cumpliendo el estándar determinado de no superar el 20%.
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la (trimestral) Sur Occidente ESE.	0%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación Subred Sur Occidente ESE	85%	80,40%	Se alcanzó un 68.30% que representa un 80.40% de la meta esperada, lo que generó un cumplimiento del indicador por debajo de la meta propuesta para la vigencia 2021.
Porcentaje de seguimiento a usuarias con Reporte Positivo de la toma de Citología Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento de las acciones de prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	El indicador se cumplió, en consecuencia, la meta también se logró.
Número de rutas integrales de atención en salud implementadas de acuerdo a la priorización Subred Sur Occidente E.S.E.	5 u	100%	Se observó la generación de 7 rutas, lo que evidenció un cumplimiento de 100% del indicador con relación a la meta establecida.
<b>GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO</b>			
Cobertura de visitas programadas en la UPZ priorizadas Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cobertura de gestantes canalizadas a la Ruta Materno Perinatal que no se encuentran inscritas en las UPZ priorizadas Subred Sur occidente ESE	90%	100%	No se observó registro del número de gestantes que inician controles en la Ruta Materno Perinatal que no se encuentran inscritas como numerador del indicador para el trimestre abril a junio del 2021. Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida, con un acumulado para la vigencia de 97,91%, cumpliéndose la meta en un 100%.
Cobertura de usuarios con factores de riesgos en salud mental canalizados a la Ruta de trastornos Mentales y consumo de SPA en las UPZ priorizadas Subred Sur occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento del Plan de acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP víctimas del conflicto Subred Sur occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento del Plan de acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP de atención a mujeres Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento del Plan de acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP de niños y niñas de los entornos de vida Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento del Plan de acción y cronograma de actividades del componente del PSPIC - GSP trabajadores informales intervenidos.	95%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Implementación de equipos territoriales en las UPZ priorizadas de las 4 localidades de la Subred Sur Occidente E.S.E.	50%	100%	El resultado del análisis está en función de las actividades ejecutadas por localidad de los equipos contratados por trimestre, no incluye las UPZ priorizadas. Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Avance en la implementación de las acciones de Salud Pública Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	No hay soporte o evidencia del plan de acción que registra el subproceso en el análisis del indicador en Almera en el período julio a septiembre de 2021.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>98.85%</b>	

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

La dependencia obtuvo 98.85% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

**Gestión del Riesgo Individual:** Se recomienda revisar el contexto del cumplimiento del indicador “Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación”.

**Gestión del Riesgo Colectivo:** Especificar las acciones que den cuenta del cumplimiento de los indicadores alineados con los indicadores de los planes estratégicos de la Subred.



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



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

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**

**PROCESO:** 07. Gestión Clínica Hospitalaria

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cancelación de Cirugías programadas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	6%	100%	El indicador se consolidó en 1.62% con un total de 121 procedimientos cancelados de 7.470 programados, con mantenimiento del resultado dentro del máximo permitido del 6%. (Cantidad de cirugías programadas canceladas / Cantidad de cirugías programadas) * 100 Fuente: tablero de cirugías a diciembre 2021 subred pág. web_21ene2022 <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021</a>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Promedio estancia hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	5.7 días	100%	<p>Para el año 2021 se observa un promedio estancia acumulado de 4.82 días en el 2021 (redondeo: 5.0 días), resultante de 180.796 días cama ocupado para 37.491 egresos, con cumplimiento del valor máximo permitido de 5.7 días.</p> <p>Días de camas ocupadas Subred Sur Occidente ESE / Número total de egresos en el período.</p> <p>Fuente Tablero gestión Hospitalaria: <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021</a></p>
Oportunidad en la realización de cirugía programada Subred Sur Occidente ESE	10 días	100%	<p>Para el año 2021 se observa una oportunidad en la realización de cirugías de 2.7 días, resultante de la sumatoria de días entre la solicitud de la cirugía y su realización 27.967 y el número total de cirugías programadas de 10.356, para un resultado de 2.7 días, estando por debajo de la meta establecida de 10 días, para un cumplimiento de meta del 100%.</p> <p>Sumatorio total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía / Número total de cirugías programadas realizadas.</p> <p>Fuente: tablero de cirugías a diciembre 2021 subred pág. web_21ene2022 <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/estadisticas/informacion-de-produccion-ano-2021</a></p>
Reingreso por el servicio de hospitalización Subred Sur Occidente ESE	2%	100%	<p>Se reportaron 75 reingresos de 36.071 egresos vivos, para un resultado de 0.21%, lo cual se encuentra dentro del valor máximo permitido del 2%</p> <p>Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días por la misma causa en el período / Número total de egresos vivos en el período) * 100. <math>75 / 36.071 = 0.21\%</math></p> <p>Fuente: archivo Excel en aplicativo Almera, registrado como evidencia por los responsables del proceso.</p>
Porcentaje de infección intrahospitalaria Subred Sur Occidente ESE	>4.5%	100%	<p>En la vigencia 2021 el porcentaje de infecciones intrahospitalarias fue del 1.37%, quedando dentro del estándar permitido frente a la meta institucional del 4.5%</p> <p>(Número de infecciones Intrahospitalarias / Total de egresos hospitalarios periodo) * 100. <math>514 / 37.491 = 1.37\%</math></p>


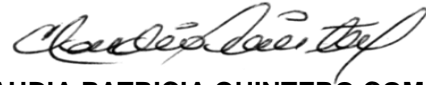

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			Fuente: datos y archivo registrados por el proceso en el aplicativo Almera.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

El cumplimiento del Plan de Acción Anual 2021 de la Dirección de Servicios Hospitalarios - Gestión Clínica Hospitalaria fue del 100%, teniendo en cuenta las metas establecidas.

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

Revisar y, si es necesario, modificar la información de fichas técnicas de la meta y el umbral de desempeño, para el indicador de "Porcentaje de infección intrahospitalaria".

 <b>LIDA INÉS APONTE ESPITIA</b> Auditor – Profesional Especializado OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
 <b>SORAYA PÁREDES MUÑOZ</b> Auditor - Profesional Especializado OCI	

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

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

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso de	100%	100%	Se presentaron 26 eventos adversos asociados al proceso de gestión de servicios complementarios, los cuales, se encuentran gestionados, cumpliendo al 100% la meta establecida.



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Complementarios Subred Sur Occidente			Fuente: referente de seguridad del paciente. Base Excel y PDF Análisis
Oportunidad en la entrega de lectura de imágenes diagnósticas Servicio de Urgencias Subred Sur Occidente ESE	300 min	100%	Durante el año 2021 se cumplió con el estándar de oportunidad en la entrega de los resultados de lectura de imágenes diagnósticas, provenientes del servicio de urgencias, dentro de las 5 horas siguientes a su toma (300 minutos). Sumatoria del tiempo transcurrido entre la toma de las imágenes diagnósticas de los pacientes provenientes del servicio de urgencias y el momento en el que se genera la validación de las lecturas / Número total de las imágenes diagnósticas realizadas en el servicio de imagenología proveniente de urgencias en el mismo periodo: $5\,955.968 / 58.616 = 101,6$ minutos. Fuente: Bases de datos de la Plataforma Integrada de Telemedicina (PIT), resumen entregado por referente de imagenología.
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Urgencias Subred Sur Occidente E.S.E.	120 min	100%	Durante el año 2021 se cumplió con el estándar de oportunidad de 2 horas para la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico a los servicios de urgencias. La entrega de resultados en urgencias fue de 95 minutos. Sumatoria del tiempo transcurrido entre la recepción de los exámenes en el laboratorio provenientes del servicio de urgencias y el momento en el que se genera la validación del resultado / Número total de exámenes realizados en el servicio de urgencias en el mismo período $42.101.764 / 443.133 = 95$ Fuente: Enterprise, laboratorio clínico. Dato consolidado entregado por referente de laboratorio clínico
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Hospitalización Subred Sur Occidente ESE	120 min	100%	Durante el año 2021 se cumplió con el estándar de oportunidad de 2 horas en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico de los servicios de hospitalización, la entrega de resultados en hospitalización fue de 116 minutos. Sumatoria del tiempo transcurrido entre la recepción de los exámenes en el laboratorio provenientes del servicio de hospitalización y el momento en el que se genera la validación del resultado / Número total de exámenes realizados en el servicio de hospitalización en el mismo período. $57.388.351 / 492.626 = 116$ minutos. Fuente: Enterprise, laboratorio clínico. Dato consolidado entregado por referente de laboratorio clínico

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de las etapas definidas para implementar la estrategia Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad Subred Sur Occidente E.S.E.	2	100%	Para el año 2021 se programaron dos etapas: 1) Establecer línea base de la situación de entrega de medicamentos a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad, evidenciado en documento elaborado por la Dirección de Servicios Complementarios y articulado con el área de Gestión del Riesgo en Salud y, 2) Socializar la estrategia a través del documento código 08-04-PG-0002 Programa medicamentos a su casa (versión 2) publicado en Almera y acta del 27-dic-2021.
Fórmulas médicas entregadas de manera oportuna (menor 48 horas) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	95%	100%	Durante el año 2021 se dio cumplimiento al estándar institucional establecido para la oportunidad en la entrega de medicamentos mayor o igual al 95%. Número de fórmulas entregadas en menos de 48 horas / Total de fórmulas solicitadas durante el periodo: 1.174.680 / 1.224.686 = 95,92%. Fuente: Dinámica, datos suministrados por el referente de farmacia.
Cumplimiento del plan de mejoramiento Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	Durante el año 2021 se logró alcanzar la meta esperada del 90% para un cumplimiento del 100%. Número de acciones de mejora cumplidas por el proceso durante el periodo evaluado / Total de acciones de mejora programadas por el proceso para el periodo. 117 / 123 = 95.1% Fuente: Base de datos de seguimiento a planes de mejora de la Dirección de Servicios Complementarios.
Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en consulta externa Subred Sur Occidente	1.440 min (24 horas)	100%	Durante el año 2021 se cumplió con el estándar de oportunidad para la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en consulta externa de 24 horas. Sumatoria del tiempo transcurrido entre la toma del examen ambulatorio y la entrega del resultado al paciente del servicio en el periodo / Número total de pacientes del servicio a quienes se les tomó los exámenes en el mismo periodo. 372.645.780 / 689.281 = 541 minutos Fuente: Sistema de Información Laboratorio Clínico – Enterprice.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

El cumplimiento del Plan de Acción Anual 2021 de la Dirección de Servicios Complementarios - Gestión de Servicios Complementarios fue del 100%; lo anterior teniendo en cuenta las metas establecidas y la revisión documental en el aplicativo ALMERA.

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

Publicar en la información oficial de la intranet de la institución, todas las bases de datos soporte del cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción Anual, previamente depuradas y conciliadas por los responsables del proceso.



**LIDA INÉS APONTE ESPITIA**  
Auditor – Profesional Especializado OCI



**SORAYA PAREDES MUÑOZ**  
Auditor - Profesional Especializado OCI



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

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS

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

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Oportunidad en la definición de conducta Subred Sur Occidente E.S.E.	6	No evaluado por inconsistencias y/o deficiencias en la información	<p><u>Fórmula del Indicador:</u> "Sumatoria del tiempo transcurrido entre la primera consulta y su revaloración del total de pacientes atendidos con valoración triage / Total de usuarios atendidos derivas del triage"</p> <p><u>Evidencias disponibles en el aplicativo Almera:</u> "acta definición de conducta Carvajal 13-dic-2021.pdf", "consolidado definición de conducta en Horas 2021.xlsx" y "Definición de conducta cuarto trimestre 2021.xls".</p> <p>Revisada el acta definición de conducta, registran "que como muestra de la medición se tomará para definición de conducta los TRIAGES 2 y 3".</p> <p>En el análisis realizado por los responsables del proceso no hay consolidación de los datos de cumplimiento de la meta para el año 2021; sin embargo, registran hacer seguimiento a los tiempos de atención triage II. Cotejados los datos reportados en mediciones del aplicativo Almera</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																																																																																																					
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																																																																																																			
			<p>(trimestral), los datos no concuerdan con los datos triage para usuarios atendidos, publicados en información oficial de la Intranet institucional.</p> <p style="text-align: center;"><b>PRODUCCIÓN O ATENCIONES TRIAGE - SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.</b> PERÍODO: ACUMULADO 2.021</p> <p>Favor relacionar el número de atenciones de Triage en su Unidad durante el AÑO 2021, desglosando la información por nivel de Triage. En caso de no contar con información, relacionar justificación en la celda correspondiente.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">USS</th> <th colspan="5">No. ATENCIONES POR NIVEL DE TRIAGE / ACUMULADO 2.021</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KENNEDY</td> <td>1913</td> <td>1992</td> <td>27100</td> <td>16979</td> <td>2175</td> <td>50159</td> </tr> <tr> <td>TINTAL</td> <td>51</td> <td>762</td> <td>20077</td> <td>2327</td> <td>114</td> <td>23931</td> </tr> <tr> <td>BOSA</td> <td>623</td> <td>2054</td> <td>25433</td> <td>15212</td> <td>594</td> <td>43916</td> </tr> <tr> <td>SUR - PATIO BONITO</td> <td>83</td> <td>314</td> <td>5593</td> <td>6287</td> <td>372</td> <td>12649</td> </tr> <tr> <td>SUR - TRINIDAD GALÁN</td> <td>48</td> <td>267</td> <td>6944</td> <td>2954</td> <td>1848</td> <td>12061</td> </tr> <tr> <td>FONTIBÓN</td> <td>451</td> <td>627</td> <td>13605</td> <td>8283</td> <td>803</td> <td>23769</td> </tr> <tr> <td>PABLO VI</td> <td>172</td> <td>635</td> <td>12222</td> <td>14723</td> <td>383</td> <td>28135</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>3341</b></td> <td><b>6651</b></td> <td><b>110974</b></td> <td><b>67365</b></td> <td><b>6289</b></td> <td><b>194620</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Fuente: Coordinador de Urgencias USS</small></p> <p>Fuente: Información oficial intranet institucional.  <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/triage-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/triage-ano-2021</a></p> <p><a href="https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&amp;option...">sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=indicadores&amp;option...</a></p> <p>Indicador: Oportunidad en la definición de conducta Subred Sur Occidente E.S.E</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIABLES (2)</th> <th>Sumatoria del tiempo transcurridos entre la primera consulta y su revaloración del total de pacientes atendidos con valoración triage</th> <th>A UNIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Total de usuarios atendidos derivas del triages</td> <td>B UNIDADES</td> </tr> </tbody> </table> <p>FÓRMULA: ( Sumatoria del tiempo transcurridos entre la primera consulta y su revaloración del total de pacientes atendidos con valoración triage / Total de usuarios atendidos derivas del triages )</p> <p>Periodo: 2021</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero - Marzo</td> <td>126.487</td> <td>13.179</td> <td>6</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Abril - Junio</td> <td>113.431</td> <td>13.237</td> <td>6</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Julio - Septiembre</td> <td>105.850</td> <td>15.442</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Octubre - Diciembre</td> <td>66.683</td> <td>16.589</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: medición indicador aplicativo Almera</p> <p>La ficha técnica del indicador no registra "fuente" de la información; sin embargo, en la "Interpretación" registran "Del Total de usuarios clasificados como triage II atendidos en consulta de urgencias Subred".</p>	USS	No. ATENCIONES POR NIVEL DE TRIAGE / ACUMULADO 2.021					TOTAL	I	II	III	IV	V	KENNEDY	1913	1992	27100	16979	2175	50159	TINTAL	51	762	20077	2327	114	23931	BOSA	623	2054	25433	15212	594	43916	SUR - PATIO BONITO	83	314	5593	6287	372	12649	SUR - TRINIDAD GALÁN	48	267	6944	2954	1848	12061	FONTIBÓN	451	627	13605	8283	803	23769	PABLO VI	172	635	12222	14723	383	28135	<b>TOTAL</b>	<b>3341</b>	<b>6651</b>	<b>110974</b>	<b>67365</b>	<b>6289</b>	<b>194620</b>	VARIABLES (2)	Sumatoria del tiempo transcurridos entre la primera consulta y su revaloración del total de pacientes atendidos con valoración triage	A UNIDADES		Total de usuarios atendidos derivas del triages	B UNIDADES	PERIODO	A	B	META	RESULTADO	Enero - Marzo	126.487	13.179	6	10	Abril - Junio	113.431	13.237	6	9	Julio - Septiembre	105.850	15.442	6	7	Octubre - Diciembre	66.683	16.589	6	4
USS	No. ATENCIONES POR NIVEL DE TRIAGE / ACUMULADO 2.021					TOTAL																																																																																																
	I	II	III	IV	V																																																																																																	
KENNEDY	1913	1992	27100	16979	2175	50159																																																																																																
TINTAL	51	762	20077	2327	114	23931																																																																																																
BOSA	623	2054	25433	15212	594	43916																																																																																																
SUR - PATIO BONITO	83	314	5593	6287	372	12649																																																																																																
SUR - TRINIDAD GALÁN	48	267	6944	2954	1848	12061																																																																																																
FONTIBÓN	451	627	13605	8283	803	23769																																																																																																
PABLO VI	172	635	12222	14723	383	28135																																																																																																
<b>TOTAL</b>	<b>3341</b>	<b>6651</b>	<b>110974</b>	<b>67365</b>	<b>6289</b>	<b>194620</b>																																																																																																
VARIABLES (2)	Sumatoria del tiempo transcurridos entre la primera consulta y su revaloración del total de pacientes atendidos con valoración triage	A UNIDADES																																																																																																				
	Total de usuarios atendidos derivas del triages	B UNIDADES																																																																																																				
PERIODO	A	B	META	RESULTADO																																																																																																		
Enero - Marzo	126.487	13.179	6	10																																																																																																		
Abril - Junio	113.431	13.237	6	9																																																																																																		
Julio - Septiembre	105.850	15.442	6	7																																																																																																		
Octubre - Diciembre	66.683	16.589	6	4																																																																																																		
Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente E.S.E	100%	No evaluado por inconsistencias y/o deficiencias	<p>Fórmula del Indicador: "Total de actividades realizadas en la vigencia / Total actividades programadas en la vigencia) * 100".</p> <p>"Meta estratégica: 6. A 2021 implementar un modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de Urgencias."</p> <p>Datos registrados:</p>																																																																																																			

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																						
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																				
	en la información		<p>Indicador: Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente E.S.E.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero - Marzo</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>Abril - Junio</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>Julio - Septiembre</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>Octubre - Diciembre</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>100.00%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Grabar</p> <p>Fuente: medición indicador aplicativo Almera</p> <p>Ni a través de la ficha técnica, ni del análisis del indicador registrado por los responsables del proceso, fue posible determinar cuáles eran las actividades a realizar en la vigencia.</p> <p>Gestión Clínica de Urgencias</p> <p>Indicador - Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Editar</p> <p>Seguimiento   Ficha técnica   <b>Análisis</b>   Mediciones   Planes de mejora</p> <p>Ver Mas recientes primero   10 mediciones</p> <p>Octubre - Diciembre 2021 100.00% (Meta 100.00%) YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA</p> <p>YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA 2022-01-13 09:59 AM</p> <p>Para el IV trimestre del año 2021 bajo la dirección se llevo acabo la implementación del modelo de atención a urgencias tras el seguimiento permanente de la gestión clínica con el objetivo de brindar un servicio integral, oportuno y con calidad de servicio, que respondan las necesidades de los usuarios y las familias, obteniendo como resultados positivos en salud, para cumplimiento de dicho objetivo se tienen en cuenta actividades encaminadas al mejoramiento continuo.</p> <p>De acuerdo a las elevadas demandas de usuarios de los servicios de urgencias conlleva a generar desarrollar estrategias para identificar y gestionar el riesgo clínico en el transcurso de la atención de Urgencias, por medio de las siguientes acciones medibles:</p> <p>* Seguimiento a tiempos de atención según la clasificación de Triage</p> <p>En el mes de noviembre de 2021 se realizaron 114 (81) triajes de Triage...</p>	PERIODO	A	B	RESULTADO	Enero - Marzo	1	1	100.00%	Abril - Junio	1	1	100.00%	Julio - Septiembre	2	2	100.00%	Octubre - Diciembre	4	4	100.00%
PERIODO	A	B	RESULTADO																				
Enero - Marzo	1	1	100.00%																				
Abril - Junio	1	1	100.00%																				
Julio - Septiembre	2	2	100.00%																				
Octubre - Diciembre	4	4	100.00%																				
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II en el servicio	30 min	100%	<p><b>Indicador:</b> Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención triage en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico Subred / Total de usuarios clasificados como triages II atendidos en consulta de urgencias Subred: 149.135 / 6.651 = 22.42 minutos.</p>																				

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
de urgencias Subred Sur Occidente			<p>Fuente: Información oficial indicadores normativos oportunidad-2021-triage  <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/triage-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/triage-ano-2021</a></p> <p>Los datos para determinar el resultado del indicador fueron tomados de la información oficial publicada en la intranet, ya que no coincidía con el resultado registrado por los responsables del proceso.</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">(Meta 30.00M) <span style="float: right;">YULI ALEJANDRA GARZON ORJUELA</span></p> <p><b>BUENA</b></p> <p>2022-01-13 08:00 AM</p> <p>2.1 Oportunidad de la Atención de Triage            Meta: "Cumplir con los estándares de oportunidad establecidos en la norma y en el manual institucional en los servicios de urgencias".</p> <p>La oportunidad de la atención de Triage II durante los meses de enero a diciembre de 2021 fue de 21 minutos, evidenciándose un disminución en general de 4.8 minutos con relación al mismo periodo en el 2020 el cual fue de 25.8 min y para el año 2019 en el mismo periodo se evidencia un tiempo de 23.4 minutos en promedio manteniendo se dentro de los estándares establecidos; para el mes de diciembre de 2021 se</p> <p><i>Fuente: aplicativo Almera, análisis/seguimiento.</i></p> </div>
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas a nivel Subred	3	100%	<p>La proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas fue del 1.28%, para un cumplimiento del indicador del 100%.</p> <p><b>Fórmula del indicador:</b> (Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas, con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación) * 100. <math>1.655 / 128.886 * 100 = 1.28\%</math></p>
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<i>Datos incompletos o inconsistentes</i>	


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

Con la información registrada y evidencias disponibles en el aplicativo Almera no fue posible evaluar la dependencia, razón por la cual, la Oficina de Control Interno no emite evaluación de la Dirección de Servicios de Urgencias (Proceso Gestión Clínica de Urgencias) por las inconsistencias y/o deficiencias observadas en la información y descritas en la tabla anterior.

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

- Publicar en la información oficial de la intranet de la institución, todas las bases de datos soporte del cumplimiento de los indicadores del PAA, previamente depuradas y conciliadas con el proceso.
- Incluir en las fichas técnicas de los indicadores la fuente de la información, tanto para el numerador como para el denominador, de las fórmulas reportadas, con el fin de contar con información disponible y precisa.

  
**LIDIA INÉS APONTE ESPITIA**  
Auditor – Profesional Especializado OCI

  
**SORAYA PÁREDES MUÑOZ**  
Auditor - Profesional Especializado OCI

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

**DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**PROCESO:** 10. Gestión Clínica Ambulatoria

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios ambulatorios de la Subred Sur Occidente con el fin de identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médica general Subred Sur Occidente ESE	3 días	100%	<p>En la vigencia 2021 la oportunidad fue de 2,92 días, logrando cumplimiento del estándar institucional establecido. <math>710.418 / 243.171 = 2.92</math> días.</p> <p><u>Fórmula del indicador:</u> (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 evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación).</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web. <a href="https://intranet.subredsuroccidente.gov.co/index.php/compone">https://intranet.subredsuroccidente.gov.co/index.php/compone</a></p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría Subred Sur Occidente ESE	5 días	100%	<p>En la vigencia 2021 la oportunidad en pediatría fue de 4.9 días, cumpliendo con la meta institucional: <math>62.775 / 12.778 = 4,9</math> días</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (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 / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web. <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021</a></p>
Oportunidad de asignación de citas medicina especializada (obstetricia) Subred Sur Occidente	5 días	98.6%	<p>En la vigencia 2021 la oportunidad en obstetricia fue de 5.07 días, alcanzando un cumplimiento del 98.6% de la meta institucional: <math>77.864 / 15.341 = 5.07</math> días</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (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 evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web. <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021</a></p>
Oportunidad de asignación de citas odontología Subred Sur Occidente ESE	3 días	83.3%	<p>En la vigencia 2021 la oportunidad de odontología fue de 3.6 días, alcanzando un cumplimiento del 83.3% de la meta institucional: <math>250.039 / 68.652 = 3.6</math> días</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (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 / Número total de consultas Odontología asignadas en la Institución Subred Sur Occidente ESE)</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web. <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/componen/nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021</a></p>



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			nt/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de medicina general Subred Sur Occidente E.S.E.	10%	100%	<p>En la vigencia 2021 el porcentaje de inasistencia reportado por la Subred fue del 10%, alcanzando cumplimiento de la meta institucional.</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de pacientes que no asisten a consulta de medicina general programada Subred Sur Occidente E.S.E / Total de consultas de medicina general programadas Subred Sur Occidente E.S.E) * 100: 54.731 / 547.413 = 10%</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021</a></p>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de pediatría Subred Sur Occidente	8%	88.8%	<p>En la vigencia 2021 el porcentaje de inasistencia reportado por la Subred fue del 9%, alcanzando un cumplimiento del 88.8% con la relación a la meta establecida.</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de pacientes que no asisten a consulta de pediatría programada Subred Sur Occidente E.S.E / Total de consultas de pediatría programadas Subred Sur Occidente E.S.E) * 100 = 2.566 / 28.469 = 9%</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021</a></p>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Ginecología Subred Sur Occidente	8%	93%	<p>En 2021 la inasistencia registrada para ginecología fue de 8.6%, alcanzando un cumplimiento del 93%</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de pacientes que no asisten a consulta de ginecología programada Subred Sur Occidente E.S.E / Total de consultas de ginecología programadas Subred Sur Occidente E.S.E) * 100: 3.293 / 38.213 = 8,6%</p> <p>Fuente: información oficial publicada en página web <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021</a></p>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de medicina interna Subred Sur Occidente E.S.E.	8%	100%	<p>En la vigencia 2021 el porcentaje de inasistencia reportado por la Subred fue del 7.6%, alcanzando un cumplimiento del 100% con la relación a la meta establecida.</p> <p><u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de pacientes que no asisten a consulta de medicina interna programada Subred Sur</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			Occidente E.S.E / Total de consultas de medicina interna programadas Subred Sur Occidente E.S.E) * 100. Fuente: información oficial publicada en página web: $2.068 / 27.174 = 7,6\%$ Fuente: <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021</a>
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada en el servicio de salud oral Subred Sur Occidente E.S.E.	10%	100%	En la vigencia 2021 el porcentaje de inasistencia reportado por la Subred fue del 9.5%, alcanzando un cumplimiento del 100% con la relación a la meta establecida. <u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de pacientes que no asisten a consulta odontológica programada Subred Sur Occidente E.S.E / Total de consultas odontológicas programadas Subred Sur Occidente E.S.E) * 100: $20.987 / 221.386 = 9,5\%$ Fuente: <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/inasistencia/ano-2021</a>
Servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres Subred Sur Occidente E.S.E.	2 un	100%	En la vigencia 2021 se gestionó e implementó la articulación con Integración Social y SDS para la prestación de servicios de salud a mujeres en dos (2) Centros de Desarrollo Comunitario y fortaleció el proceso de atención integral para la mujer a través de la implementación del servicio de implante subdérmico en el CAPS Pablo VI y Trinidad Galán, logrando un cumplimiento de la meta programada del 100%. <u>Fórmula del Indicador:</u> Número de servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres durante la vigencia. Fuente: Documento, registrado en el aplicativo Almera, denominado propuesta mujer.
Estrategias implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud en consulta externa Subred Sur Occidente E.S.E.	2	100%	En la vigencia 2021 se implementaron dos estrategias: servicios de salud y seguridad en el trabajo en las sedes Zona Franca y Alcalá Muzú y habilitación de nuevos servicios en consulta. Cumplimiento de la meta del 100% <u>Fórmula del Indicador:</u> Número de estrategias implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud en consulta externa durante la vigencia. Fuente: Documentos registrados en el aplicativo Almera, denominados servicios habilitados y dirección SST.


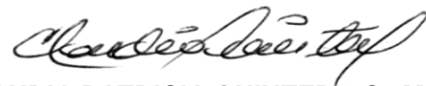

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna Subred Sur Occidente ESE	15 días	100%	En la vigencia 2021 la oportunidad de asignación de cita de Medicina fue de 5.3 días, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta institucional. <u>Fórmula del Indicador:</u> (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 la solicitó / Número total de citas de medicina interna asignadas, en la vigencia objeto de evaluación): $10.989 / 7.648 = 5.36$ días Fuente: información oficial publicada en página web. <a href="https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021">https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/index.php/component/edocman/ano-2018/indicadores-normativos-oportunidad/ano-2021/primeras-veces-ano-2021</a>
Porcentaje de cumplimiento de metas de medicina general Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	No evaluado por inconsistencias y/o deficiencias en la información	Revisada la información registrada por el proceso y los tableros de información oficial publicados en la intranet, se evidenciaron inconsistencias de información no aclaradas a la fecha de emisión del informe. <u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de consultas de medicina general realizadas / número de consultas de medicina general programadas) * 100
Cumplimiento de metas de Odontología Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	No evaluado por inconsistencias y/o deficiencias en la información	Revisada la información registrada por el proceso y los tableros de información oficial publicados en la intranet, se evidenciaron inconsistencias de información no aclaradas a la fecha de emisión del informe. <u>Fórmula del Indicador:</u> (Número de consultas de odontología realizadas / número de consultas de odontología programadas) * 100.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<i>Datos incompletos o inconsistentes</i>	

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

Con la información registrada y evidencias disponibles en el aplicativo Almera no fue posible evaluar la dependencia, razón por la cual, la Oficina de Control Interno no emite evaluación de la Dirección de Servicios Ambulatorios (Proceso Gestión Clínica Ambulatoria) por las inconsistencias y/o deficiencias observadas en la información de dos (2) indicadores y descritas en la tabla anterior.

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

- En el ejercicio de análisis y seguimiento se deben consolidar los datos anuales de los numeradores y denominadores de los indicadores.
- Publicar en la información oficial de la intranet de la institución, todas las bases de datos soporte del cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción Anual, previamente depuradas y conciliadas por los responsables del proceso.
- Generar información con oportunidad, atendiendo los requerimientos normativos.
- Al ser la ficha técnica un instrumento de transparencia de la forma de cálculo de los valores del indicador se debe describir de forma clara los datos que se tiene en cuenta para el cálculo del mismo.
- Incluir en las fichas técnicas de los indicadores la fuente de la información, tanto para el numerador como para el denominador, de las fórmulas reportadas, con el fin de contar con información disponible y precisa.

 <b>LIDA INÉS APONTE ESPITIA</b> Auditor - Profesional Especializado OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
 <b>SORAYA PÁREDES MUÑOZ</b> Auditor - Profesional Especializado OCI	

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN FINANCIERA

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Conciliación de cartera Subred Sur Occidente ESE	50%	100%	En los saldos reportados de la conciliación de cartera a 31-dic-2021, se evidencia partidas pendientes por depurar por \$15.740 millones que equivale al 6% del total de la cartera reportada \$248.438 millones, cumpliendo así con la meta propuesta.
Cumplimiento de reporte de SARLAFT Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	Se realizó entrega oportuna de los 12 informes relacionados con el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo; sin embargo, en aplicativo Almera no reposan todas las evidencias.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento capacitación en lineamientos de SARLAFT Subred Sur Occidente ESE	95%	100%	En la vigencia 2021 se realiza capacitación en la inducción y reinducción unidad 8. Control Interno - Gestión Jurídica - SARLAFT. Se inscribieron 3.759 personas y aprobaron 3.744 en la reinducción del año 2021, cumpliendo así con un 99,60%.
Oportunidad en la radicación de facturación causada Subred Sur Occidente ESE	97%	100%	En términos legales se radicaron \$358.685 millones, equivalente al 99,52% del total de facturación causada que reportó un valor de \$360.412 millones.
Depuración de saldos contables Subred Sur Occidente ESE	80%	90,57%	<p>En la vigencia 2021 se realizó depuración extraordinaria por valor de \$3.634.976.853 según Resolución 0575 del 31-ago-2021. Mediante Resolución 847 de 2021 se realizó eliminación extraordinaria por \$1.559.416.208 y a través de Resolución 947 de 2021 la suma de \$502.102.137, situación que genera una depuración extraordinaria en el año 2021 por la suma de \$5.696.500.198. De otra parte, se cuenta con el inventario documental y expedientes revisados por contabilidad para las letras y pagarés generados en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel por \$5.201.527.384, para el cual se solicitó concepto jurídico, el cual generó observaciones por parte de la Oficina Asesora Jurídica y se encuentran en proceso de ejecución, razón por la cual, el avance en este concepto corresponde al 60% del monto sujeto a depuración, es decir, \$3.120.916.430. Se realizó depuración ordinaria a los saldos de efectivo con uso restringido, facturación pendiente por radicar, al igual, que al 100% del total de los pasivos sujetos a depuración. El saldo pendiente por depurar, corresponde a saldos registrados en la cuenta deudores servicios de salud, préstamos interinstitucionales, anticipos de contratos y depósitos en garantía.</p> <p>En términos generales, se evidenció un valor depurado durante la vigencia 2021 de \$9.162 millones, del total del Plan de depuración contable establecido en el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable por valor de \$12.645 millones, equivalente a un avance del 72%.</p>
Recaudo realizado Subred Sur Occidente ESE	45%	100%	Debido a la gestión de cobro del área de cartera y glosas, en el mes de diciembre de 2021 se logró recaudar el 50.96% de la cartera registrada a 31-dic-2020, referente a la meta del 45%.
Recaudo de facturación radicada de la vigencia actual Subred Sur Occidente ESE	75%	96,65%	En el periodo enero a diciembre de 2021 se logra una recuperación de cartera equivalente a \$259.323.375.960 del total de facturación radicada en el mismo periodo por valor de

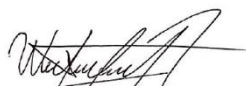

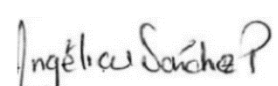
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			\$358.685.005.927 generando un resultado del indicador del 72.49% y un cumplimiento del 96,65% en la meta de recaudo.
Equilibrio presupuestal Subred Sur Occidente ESE	97%	100%	Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021, hubo un recaudo por \$575.716 millones y unos gastos comprometidos por la vigencia fiscal 2021 de \$581.117 millones, generando un equilibrio presupuestal del 99.07%.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>98.40%</b>	

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

La dependencia obtuvo una calificación general del 98.40%.

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

Continuar con la depuración de las cifras contables y presupuestales, además de adelantar acciones correctivas en los procesos de gran complejidad como son cartera, facturación y glosas, implementando controles que permitan el flujo normal de las operaciones y la mejora continua de los procedimientos.

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

DEPENDENCIA: **OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES**

**PROCESO:** 12. Gestión de Comunicaciones

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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


COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Adherencia a las estrategias de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S.E.	60%	100%	Al verificar el manual de comunicaciones código 12-00-MA-0002 de fecha 15-jul-2021 se encontró que el ítem 10.1 estrategia de comunicación e información interna formó parte en la tabla de control de cambios el 15-jul-2021; al cruzar con el objeto, la fórmula y el análisis del indicador no concuerda con el análisis de la medición de la verificación de la adherencia a las estrategias de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S.E El resultado de la medición se encuentra por encima de la meta.
Percepción de la imagen institucional Subred Sur Occidente E.S.E.	70%	100%	El resultado del acumulado del indicador difiere en relación con lo descrito en el análisis de este. "Frente a la percepción de la imagen institucional, el 78,6% de los encuestados tiene una percepción muy buena o buena sobre la atención de la Subred, así mismo la Oficina Asesora de Comunicaciones concluye que de los encuestados, el..." el cual es conforme y se encuentra por encima de la meta.
Apropiación de la información canales de comunicación Subred Sur Occidente ESE	72%	100%	Para los resultados de la muestra de la encuesta de efectividad y satisfacción de las comunicaciones primer semestre 2021 es conforme. Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento de las solicitudes de diseño y publicación Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Cumplimiento a las solicitudes publicadas en el portal web para dar respuesta a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE	94%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

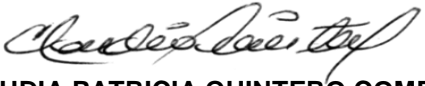
**EVALUACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

- Ajustar el indicador “Adherencia a las estrategias de comunicación internas” acorde al manual de comunicaciones institucional vigente.
- Alinear el objetivo, fórmula y análisis en el indicador “Percepción de la imagen institucional” para permitir la concordancia entre ellos.

  
**JOSÉ WILLIAM FORERO JIMÉNEZ**  
Auditor - Profesional OCI

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

DEPENDENCIA: **OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN - TIC**

**PROCESO:** 13. Gestión de TICS

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Establecer políticas, manuales, guías y procedimientos para los recursos tecnológicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE que genere eficiencia, eficacia en la administración, uso y operación de la plataforma tecnológica con la cual cuenta la entidad, estableciendo planes de reposición, mantenimiento y operación de la misma, atendiendo de esta manera las necesidades de los clientes internos y externos en los procesos transversales que impliquen el uso de tecnología biomédicas, recursos y servicios tecnológicos y sistemas de información.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Implementación Plan Estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC) Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Para la vigencia 2021 se definieron 9 actividades, las cuales fueron ejecutadas de conformidad al cronograma establecido: 1. Establecer línea Base del PETI (Análisis de documentos existentes, identificar cambios relevantes) 2. Establecer los proyectos a trabajar en el PETI. 3. Estructurar los proyectos teniendo en cuenta los lineamientos establecidos. 4. Ajustar el PETI anterior con los nuevos lineamientos estratégicos. 5. Actualizar el Análisis de la situación actual de la entidad en el documento PETI. 6. Presupuesto de proyectos PETI. 7. Revisión y ajustes al PETIC. 8. Aprobación del PETIC. 9. Avances de proyectos definidos en el PETIC.
Implementación Plan anual de mantenimiento preventivo de	92%	100%	Se programaron y ejecutaron 1.567 mantenimientos preventivos a los equipos de la Subred, en las Unidades de Servicios de



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
equipos Subred Sur Occidente E.S.E.			Salud, así: Sur 398, Kennedy 406, Tintal 92, Fontibón 355, Pablo VI 225 y Bosa 91.
Cumplimiento ANS de sistemas por mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	93%	Durante la vigencia 2021, se radicaron 42.015 requerimientos dentro de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos, de los cuales se logró atender 39.600 que corresponden a la atención oportuna del 84% de los mismos. Frente a la meta propuesta se presenta cumplimiento del 93% para el indicador.
Disponibilidad del sistema de información DGH.NET de la Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	100%	Durante el año 2021 se prestaron 8.640 horas de disponibilidad del sistema y 167 horas de no disponibilidad; por lo tanto, la indisponibilidad del año correspondió al 2% alcanzando cumplimiento del 100% del indicador frente a la meta propuesta.
Implementación de la Arquitectura Empresarial (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC) Subred Sur Occidente ESE.	100%	93.7%	Se definieron 16 actividades de planeación, logrando el cumplimiento de 15; sin embargo, se aclara por parte del área de TICS que a la fecha se encuentran a la espera de los nuevos lineamientos por parte de MINTIC con ocasión a cambios en la normatividad para su implementación.
Interoperabilidad en la plataforma Bogotá Salud Digital Subred Sur Occidente ESE.	95%	90%	Se definió la implementación de CDA en los servicios de Consulta Externa, Urgencias (Epicrisis), Hospitalización (Epicrisis), Odontología, Apoyo DX, Laboratorio Clínico y Materno Perinatal, alcanzando la instalación en 6 de los 7 servicios propuestos. Frente a la instalación del CDA del servicio de radiología, a la fecha aún continúa pendiente, debido a la falta de unificación del proveedor de RIS, para la posterior parametrización y ajustes en la configuración del software HIS. Dado lo anterior, el cumplimiento del indicador es del 86%, y frente a la meta anual corresponde al 90%.
Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE (actividad)	20%	100%	En el plan de trabajo se definieron 5 actividades, en las que se observó: Actividad 1. Establecer el plan de trabajo para la vigencia 2021-2024, se ejecutó en su totalidad. Actividad 2. Definir el equipo de trabajo, para el cual se llevó a cabo mesa de trabajo con los funcionarios y colaboradores de la oficina, en donde se definieron los diferentes roles para la implementación del proyecto gobierno del dato. Actividad 3. Se avanzó en la planeación y desarrollo para el cumplimiento de la política institucional “cero papel”,

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			estableciendo controles de impresión de documentos en las diferentes sedes de la Subred. En comité directivo llevado a cabo en el mes de noviembre se socializó el avance de la implementación de gobierno digital y transformación digital de la Entidad.
Implementación del macro proyecto de TELEUCI Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	El proyecto TELEUCI se implementó en su totalidad en las UMHEs de Kennedy y Fontibón. Para ello se ajustaron los procesos, y procedimientos asistenciales, permitiendo utilizar diferentes estrategias de monitoreo remoto (Telemetría), gestión integral de los sistemas (LIS, RIS) basados en el control de la Historia Clínica Electrónica del paciente, en procura de mejorar la prestación de los servicios de salud en la Subred Sur Occidente E.S.E, teniendo en cuenta todos los criterios necesarios de infraestructura de Tecnologías de Información (TI), software, hardware, equipo biomédico, telecomunicaciones, para su funcionamiento de manera gradual, conforme a las directrices establecidas por la Alta Dirección.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>97%</b>	

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

La dependencia obtuvo 97% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

Una vez verificado el indicador “Cumplimiento ANS de sistemas por mesa de ayuda Subred Sur Occidente E.S.E”, se evidenciaron falencias en el registro de solicitud y resolución de tickets, toda vez que, de acuerdo con las verificaciones realizadas, el aplicativo no tiene en cuenta la hora de solicitud y resolución de los tickets, impidiendo la correcta cuantificación de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS). De otra parte, los números asignados a los tickets no se registran de manera consecutiva, situaciones que generan duda razonable frente a la parametrización del aplicativo “mesa de ayuda” de la Subred Sur Occidente.

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

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

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

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

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Identificar y gestionar las necesidades relacionadas con ambiente físico (infraestructura), activos fijos, adquisiciones, seguridad industrial, emergencias y gestión ambiental de los grupos de interés, para implementar acciones de respuesta adecuadas en conformidad con los lineamientos internos y externos, que contribuyan al fortalecimiento del desempeño institucional y mejoramiento continuo.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento de los programas del PIGA Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Fuente de las evidencias: Almera ID 50359.
Cumplimiento en la respuesta a necesidades de ambiente físico notificadas a través de mesa de ayuda o Ticket Subred Sur Occidente E.S.E.	95%	87,80%	Cumplimiento del indicador: Por debajo de la línea de base. Fuente de las evidencias: Almera ID 50362. La meta establecida se encuentra por encima del cumplimiento del indicador para la vigencia 2021
Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna de insumos médico quirúrgicos Subred Sur Occidente ESE	1%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Fuente de las evidencias: Almera 4853.
Cumplimiento en la entrega medicamentos e insumos médico quirúrgicos Sub-Red Sur Occidente ESE	98%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Fuente de las evidencias: Almera 45161.
Control de bienes de la Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Fuente de las evidencias: Almera 50365.
Inatención de pacientes por fallas de equipos biomédicos Subred Sur Occidente ESE	0,20%	100%	Se evidenció cumplimiento del indicador con relación a la meta establecida. Fuente de las evidencias: Almera 45176.
Cumplimiento del Plan Institucional de Archivos - PINAR Subred Sur Occidente E.S. E.	100%	96,67%	Cumplimiento del indicador: Por debajo de la meta. Fuente de las evidencias: Almera ID 49952


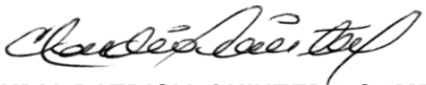
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento del Programa de Gestión Documental - PGD Subred Sur Occidente ESE	100%	98,27%	Cumplimiento del indicador: Por debajo de la meta. Fuente de las evidencias: Almera ID 49955
Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	92%	77,72%	Se evidenció el cumplimiento del indicador por debajo de la meta. Con relación al umbral de desempeño: "Dar cumplimiento al 90% del Plan Anual de Mantenimiento (Infraestructura, Equipo Industrial, Equipo biomédico, Parque Automotor)" se ubica por debajo del esperado para la vigencia 2021 Fuente de las evidencias: Almera ID 45209
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>95.61%</b>	

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

La dependencia obtuvo 95.61% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

- Dar cumplimiento oportuno del 100% al Plan Institucional de Archivos - PINAR y Programa de Gestión Documental – PGD, dada la importancia en la alineación del indicador con el cumplimiento de los planes estratégicos a 2024 para la Subred.
- Con el fin de dar cumplimiento al porcentaje del plan de mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria de la Subred a 2024, conviene monitorear y verificar el cumplimiento del indicador "Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria" (ID 45209).

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

DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURÍDICA

**PROCESO:** 15. Gestión Jurídica

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

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

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Cumplimiento Actuaciones Judiciales (equivalentes y tutelas) atendidas en los tiempos establecidos	80%	100%	De acuerdo con la información y evidencias reportadas en el aplicativo Almera en el año 2021, según reporte generado por la plataforma SIPROJWEB de la Secretaría Jurídica Distrital, se reporta un total de 938 procesos, entre los cuales se encuentran: judiciales, acciones constitucionales, entre otros, en el que el 58% es decir, 551 se encuentran activos y el 41% restante esto es 387 procesos se encuentran terminados.  Téngase en cuenta que, en cumplimiento de la meta las actuaciones judiciales y tutelas son atendidas en los tiempos establecidos por cada uno de los despachos de conformidad a la normatividad vigente.
Porcentaje de cumplimiento de planes de mejora proceso jurídica Subred Sur Occidente ESE	60%	100%	De acuerdo con la información y evidencias reportadas en el aplicativo Almera en el año 2021, la Oficina Asesora Jurídica respecto a los planes de mejora del proceso evidencia un cumplimiento de la meta propuesta del 100%, pues se encuentra ejecutando dentro de sus posibilidades los propósitos de prevención del daño antijurídico de la entidad.
Procesos Administrativos atendidos oportunamente Subred Sur Occidente ESE	62%	100%	De acuerdo con la información y evidencias reportadas en el aplicativo Almera en el año 2021, la Oficina Asesora Jurídica actualmente cuenta con 646 Investigaciones administrativas o procesos administrativos sancionatorios originados por incumplimientos de los atributos de la calidad en salud evaluados por la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Bogotá.  De acuerdo con lo informado por la Oficina Asesora Jurídica, los procesos administrativos se encuentran atendidos oportunamente por cada uno de los abogados a cargo del proceso.
Oportunidad requerimientos de autoridades o del cliente interno Subred Sur Occidente ESE	10 días	100%	La Oficina Asesora Jurídica informa mediante el aplicativo Almera, que se da el respectivo cumplimiento de los 10 días planteados en la meta, es decir, que hay un cumplimiento aproximado del 80% de las solicitudes recibidas, ya que cada abogado, y de conformidad a cada solicitud, se da traslado a las peticiones atendiendo cada caso en particular. La Oficina Asesora Jurídica se encuentra ejecutando los planes indicados en la meta establecida con el fin de alcanzar los estándares de la

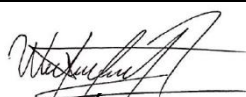
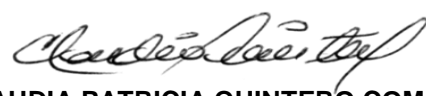
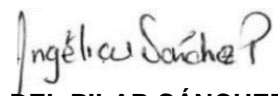
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			misión y visión planteados por la institución, es así, que se ha planteado la depuración del aplicativo Orfeo con el fin de que los mismos se encuentren en cero (0) para el 30 de enero de 2022.
Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico Subred Sur Occidente ESE	80%	100%	La Oficina Asesora Jurídica informa mediante el aplicativo Almera, y de acuerdo con las evidencias presentadas, que da cumplimiento a la adherencia de los colaboradores al programa de prevención del daño antijurídico de la Subred Sur Occidente E.S.E. con capacitación a los supervisores de contrato para generar una efectiva prevención del daño antijurídico en todos los aspectos del contrato de prestación de servicios, a fin de evitar una verdadera relación laboral de dependencia o subordinación, debido a que el 67% de las demandas recibidas en contra de la entidad son derivadas por temas de "contrato realidad" mediante la acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

La dependencia obtuvo una calificación general del 100%.

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

Ampliar y mejorar las evidencias, con el fin de facilitar la evaluación de la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa.

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

DEPENDENCIA: OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

**PROCESO:** 16. Control Interno Disciplinario

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Promover hábitos de autocontrol y determinar la responsabilidad de los funcionarios de la entidad por medio de acciones disciplinarias con ocasión del presunto incumplimiento de deberes, omisión de funciones y violación de prohibiciones a fin de generar dentro de la institución la transparencia, excelencia, y respeto por la dignidad humana.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																						
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																				
Estrategias adelantadas para la Implementación del Plan Preventivo Disciplinario La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta Subred Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	<p>Se evidencia la planeación y ejecución de 15 tareas para la implementación del Plan Preventivo Disciplinario, y dentro de las actividades <u>más relevantes ejecutadas durante la vigencia 2021</u>, se encontraron: 1. Verificación documental a fin de determinar la existencia de elementos institucionales relacionados con la implementación del plan preventivo disciplinario. 2. Elaboración y normalización del documento “Plan preventivo disciplinario”, el cual se encuentra debidamente aprobado y publicado en la página Almera. 3. Verificación de otros documentos institucionales que contribuyen al cumplimiento del plan preventivo disciplinario, como es “Código de Ética y Buen Gobierno”. 4. Verificación de lineamientos Distritales para la implementación del Plan Preventivo Disciplinario. 5. Divulgación de piezas comunicativas a fin de dar a conocer las principales conductas que conllevan a efectuar faltas con presunta incidencia disciplinaria. 6. Actualización de la documentación interna frente a la Ley 2094 de 2021 por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Por lo descrito anteriormente, se logró adherencia al Plan Preventivo Disciplinario. ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!</p>																				
Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario por parte de colaboradores y funcionarios Subred Sur Occidente ESE	50%	100%	<p>Durante la vigencia 2021 se llevaron a cabo 471 encuestas y/o mediciones de adherencia al plan preventivo disciplinario, obteniendo los siguientes resultados:</p> <table border="1" data-bbox="792 1451 1409 1776"> <thead> <tr> <th>Cantidad evaluados</th> <th>Calificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>213</td><td>100</td></tr> <tr><td>101</td><td>90</td></tr> <tr><td>81</td><td>80</td></tr> <tr><td>24</td><td>70</td></tr> <tr><td>15</td><td>60</td></tr> <tr><td>7</td><td>50</td></tr> <tr><td>9</td><td>40</td></tr> <tr><td>21</td><td>30</td></tr> <tr><td><b>471</b></td><td><b>Total</b></td></tr> </tbody> </table>	Cantidad evaluados	Calificación	213	100	101	90	81	80	24	70	15	60	7	50	9	40	21	30	<b>471</b>	<b>Total</b>
Cantidad evaluados	Calificación																						
213	100																						
101	90																						
81	80																						
24	70																						
15	60																						
7	50																						
9	40																						
21	30																						
<b>471</b>	<b>Total</b>																						



COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
			Se observa que el 84% de los evaluados (395 de 471) obtuvieron calificación superior o igual a 80 puntos. Frente a la meta propuesta del 50%, se obtiene 100% de cumplimiento para el indicador.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

La dependencia obtuvo 100% de cumplimiento frente a las actividades programadas en el Plan de Acción Anual 2021.

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

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

 <b>LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ</b> Auditor - Profesional Universitario OCI	 <b>CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA</b> Jefe Oficina de Control Interno
--	--

DEPENDENCIA: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**PROCESO:** 17. Control Interno

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Realizar evaluación independiente y asesoría a la gestión institucional, a través de auditorías internas de gestión y seguimientos con un enfoque basado en riesgos, que permitan agregar valor y determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva, contribuyendo al fortalecimiento del desempeño institucional y el mantenimiento y mejora continua del sistema de control interno.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Auditorías ejecutadas del Plan Anual de Auditorías de la	90%	100%	Para la vigencia 2021 se tenían programadas un total de 10 auditorías, de las cuales, se realizaron 8, donde una no se ejecutó y de la otra se entregó el informe preliminar, es decir, quedó pendiente el informe final para emisión en enero de 2022, para



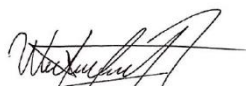

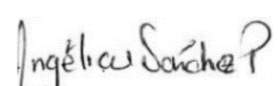
COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE			un acumulado del 94.44%. Teniendo en cuenta que la meta es del 90%, se evidenció un cumplimiento general del 100% en este indicador.
Cumplimiento de entrega de informes de ley, seguimientos y evaluaciones Subred Sur Occidente.	100%	100%	Se reportaron y entregaron los informes, seguimientos y evaluaciones que estaban programados para la vigencia 2021.
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>	

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

La dependencia obtuvo un calificación general del 100%.

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

De conformidad con lo establecido en el Plan Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno, se hace necesario ejecutar el 100 % de las auditorías, informes, seguimientos y evaluaciones programadas en el mencionado plan, a fin de atender actividades aprobadas por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

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

DEPENDENCIA: **DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

**PROCESO:** 18. Gestión de Contratación

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:**

Adelantar los procesos pre contractual, contractual y post contractual.

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados
Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente ESE	80%	100%	<p>Durante la vigencia 2021 se capacitaron 220 colaboradores de la Subred en temas como: Aspectos generales de la contratación, Normatividad (Estatuto de contratación, Manual de contratación, Manual de Supervisión, etc.), Aplicativo SECOP II, diligenciamiento de formatos, entrega de solicitudes, liquidaciones, entre otros.</p> <p>Se socializó el folleto “ABC de Supervisión OPS” y se impartieron los lineamientos para la contratación de Órdenes de Prestación de Servicios de la vigencia 2022.</p> <p><u>Fórmula del indicador:</u> (Total número supervisores capacitados y evaluados / número de supervisores designados) * 100. Seguimiento bimestral.</p> <p>Una vez verificado el indicador se observó cumplimiento del 100% de conformidad con las evidencias</p>
Apropiación del conocimiento capacitación Supervisión contractual Subred Sur Occidente ESE	80%	100%	<p>De acuerdo con el informe de apropiación de conocimiento publicado en el aplicativo Almera de fecha 31-dic-2021, por medio de un pre test se evaluó el conocimiento de 36 supervisores de la Subred Sur Occidente en las siguientes temáticas: 1. Generalidades de la supervisión, 2. Estatuto y manual de contratación, 3. Responsabilidades del supervisor, 4. Funciones del supervisor, 5. Documentación que debe verificar el supervisor, 6. Tiempos para la solicitud de adiciones, prórrogas y modificaciones, 7. Justificación de las solicitudes, 8. SECOP II, 9. Liquidación de contratos. 10. Estructuración de procesos.</p> <p>De la evaluación realizada, se obtuvo aprobación del 78% de los evaluados en los temas relacionados con la supervisión contractual. Posteriormente, se procedió a impartir capacitación a los supervisores en las temáticas que obtuvieron bajas calificaciones y se resolvieron inquietudes generales.</p> <p>Al realizar una nueva evaluación (post test), se obtuvo apropiación del 89%, y frente a la meta propuesta corresponde al 100% de cumplimiento para el indicador.</p> <p><u>Fórmula del indicador:</u> (Número de evaluaciones aprobadas capacitación a supervisores / Número total de colaboradores que son supervisores de contrato capacitados) * 100. Seguimiento trimestral. Resultado 100%.</p>
Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	<p>En cumplimiento de los lineamientos de Colombia Compra Eficiente, la Subred Sur Occidente realiza la publicación de los procesos contractuales de bienes y servicios y órdenes de prestación de servicios profesionales en el aplicativo SECOP II.</p>

COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	MEDICIÓN DE COMPROMISOS																										
	Meta	Resultado (%)	Análisis de Resultados																								
			Adicionalmente, se diligencia la matriz de control denominada "procesos contractuales", en la cual se presenta relación del estado de cada uno de los procesos. Durante la vigencia 2021 se realizó la publicación de 526 procesos. En el primer semestre se publicaron 208 procesos y en el segundo semestre 318. Resultado 100%.																								
Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE	70%	100%	De acuerdo con la ejecución presupuestal de la vigencia 2021, la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico se realizó de la siguiente manera: <table border="1" data-bbox="812 735 1380 1165"> <thead> <tr> <th>Medio de contratación</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NC 2021</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td>NC 2020</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td>NC 2019 FISICOS</td> <td>\$450.000.000</td> </tr> <tr> <td>NC 2019 SECOP II</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td>EGAT 2019</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td>EGAT 2021</td> <td>\$1.884.795.379</td> </tr> <tr> <td>MEDIOS ELECTRONICOS 2021</td> <td>\$8.149.994.244</td> </tr> <tr> <td>MEDIOS ELECTRONICOS 2020</td> <td>\$3.776.000.000</td> </tr> <tr> <td>MEDIOS ELECTRONICOS 2019</td> <td>\$9.000.000</td> </tr> <tr> <td>TIENDA VIRTUAL 2021</td> <td>\$331.443.622</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>\$14.601.233.245</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Por medio de caja menor se realizaron compras de medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$72.250.570, para un valor total adquirido de \$14.673.483.815. Fórmula del indicador: (Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en vigencia evaluada mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en las vigencias) * 100. Resultado 99,5% (\$14.601.233.245 / \$14.673.483.815 = 99.5%). Meta 70%, logro 99.5% = Cumplimiento 100%.</p>	Medio de contratación	Valor	NC 2021	\$ -	NC 2020	\$ -	NC 2019 FISICOS	\$450.000.000	NC 2019 SECOP II	\$ -	EGAT 2019	\$ -	EGAT 2021	\$1.884.795.379	MEDIOS ELECTRONICOS 2021	\$8.149.994.244	MEDIOS ELECTRONICOS 2020	\$3.776.000.000	MEDIOS ELECTRONICOS 2019	\$9.000.000	TIENDA VIRTUAL 2021	\$331.443.622	<b>Total</b>	<b>\$14.601.233.245</b>
Medio de contratación	Valor																										
NC 2021	\$ -																										
NC 2020	\$ -																										
NC 2019 FISICOS	\$450.000.000																										
NC 2019 SECOP II	\$ -																										
EGAT 2019	\$ -																										
EGAT 2021	\$1.884.795.379																										
MEDIOS ELECTRONICOS 2021	\$8.149.994.244																										
MEDIOS ELECTRONICOS 2020	\$3.776.000.000																										
MEDIOS ELECTRONICOS 2019	\$9.000.000																										
TIENDA VIRTUAL 2021	\$331.443.622																										
<b>Total</b>	<b>\$14.601.233.245</b>																										
Liquidación de contratos de bienes y servicios Subred Sur Occidente ESE.	100%	100%	Durante la vigencia 2021 se gestionó la liquidación de 180 contratos de bienes y servicios, 35 de ellos fueron liquidados por acta bilateral y 145 por medio de Resolución de pérdida de competencia. $180 / 180 = 100\%$																								
<b>CUMPLIMIENTO TOTAL</b>		<b>100%</b>																									

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

La dependencia obtuvo un calificación general del 100%.


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

Una vez verificados los indicadores “*Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E*” y “*Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E*”, la Oficina de Control Interno no evidencia diferencias entre las actividades ejecutadas para el cumplimiento de dichas acciones, por lo que, se recomienda evaluar la conveniencia de contar con dos indicadores que presuntamente evalúan lo mismo y para los cuales se presentan soportes de cumplimiento similares.



**CESAR TULIO ÁLVAREZ BRIÑEZ**

Auditor - Profesional Especializado OCI



**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**

Jefe Oficina de Control Interno