
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

NOMBRE DEL INFORME:	Seguimiento Evaluación por Dependencias Vigencia 2020
----------------------------	---

1. PERIODO DE EJECUCIÓN: 1° de Enero a 31 de Diciembre del año 2020

2. OBJETIVO: Verificar la gestión adelantada por las dependencias en el cumplimiento al Plan Operativo Anual - POA Institucional, durante la vigencia fiscal comprendida entre el 1° de enero y el 31 de diciembre 2020, aprobado por el Acuerdo 004 de 2020 de Junta Directiva, mediante el seguimiento a los indicadores formulados para las 50 metas propuestas.

3. ALCANCE: En el marco de los 4 (cuatro) objetivos estratégicos aprobados mediante Acuerdo 016 del 2016 de Junta Directiva - Plan de Desarrollo 2016 – 2020 y, de los objetivos Propuesta Consultoría SDS, se verifica la formulación y gestión de las actividades definidas por cada proceso, el seguimiento a los respectivos indicadores y cumplimiento de las metas establecidas, para su cumplimiento.

4. EQUIPO AUDITOR: Betty Yaneth González González
JEFE OCI : Nidia Fernanda Rodríguez Salcedo



5. METODOLOGÍA: En el marco del Acuerdo 04 del 31 de Enero del 2020 por el cual se aprueba el Plan Operativo Anual 2020 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. para la vigencia fiscal comprendida entre el 1° de enero y el 31 de diciembre; se solicita mediante oficio N° OCI – 240 – 2020 de fecha 12 de diciembre, los soportes de ejecución de las actividades propuestas, para dar cumplimiento a los cuatro (4) objetivos estratégicos formulados mediante el acuerdo 016 del 2016.

La evaluación obedece a los siguientes criterios:

- Meta propuesta
- Seguimiento a 74 (setenta y cuatro) indicadores – frecuencia de medición
- Planes Operativos Anuales acorde a estructura organizacional por procesos
- Cumplimiento a los Objetivos Estratégicos
- Seguimiento a 18 indicadores Plan de Gestión Gerencial

6. MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Ley 909 Artículo 39 Evaluación de la Gestión Institucional
- Decreto 1499 de 2017 MIPG
- Acuerdo 565/16, Artículo 8 y 26
- Circular 04/05 emanada del Consejo Asesor del Gobierno Nacional, en materia de Control Interno, referente a las evaluaciones definitivas en el período anual ordinario
- Acuerdo 016 del 2016
- Acuerdo 004 de 2020 de Junta Directiva

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

7. CONCLUSIÓN

El proceso de Control Interno, en su rol de tercera Línea de Defensa realiza el presente informe en cumplimiento a la normatividad aplicable como fuente objetiva de información respecto a la gestión de las metas institucionales consolidadas así:



CONSOLIDADO METAS/INDICADORES POA 2020		
OBJETIVOS ESTRATEGICO (Propuesta Consultoría SDS)	N° DE METAS	N° INDICADORES
Posicionar la RISS como referente Nacional en Salud.	3	3
Mejorar el estado de Salud de la población Objeto de la RISS.	25	48
Implementar Sistemas Integrales de Gestión de la Red.	2	3
Generar y difundir conocimiento para la salud.	4	4
Lograr la sostenibilidad financiera de la RISS.	10	10
Incrementar la fidelización de los usuarios.	6	6
TOTAL	50	74

CONSOLIDADO METAS/INDICADORES POA 2020		
OBJETIVOS ESTRATEGICO (Acuerdo No. 016 de 2016)	N° DE METAS	N° INDICADORES
Mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios por medio de la prestación de servicios integrales de salud, enmarcados en un modelo innovador de atención en red.	25	42
Garantizar en manejo eficiente de los recursos que aporten a la implementación del modelo de atención en red.	9	16
Garantizar la sostenibilidad financiera de la subred sur.	10	10
Promover la participación y movilización comunitaria en el marco del modelo integral de atención	6	6
TOTAL	50	74

OBSERVACIONES GENERALES POR PROCESO.-

1. GESTION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

INDICADOR 3: “Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)”: En los dos primeros trimestres se evidencia un

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

cumplimiento a la meta sobre el 90%, lográndose el nivel satisfactorio. Por el contrario en los dos últimos trimestres no se cumplió la meta de la calidad esperada y establecida en la resolución 408 de 2018, dado por el cambio en la forma de medición del indicador; *“puesto que ahora la administración del tratamiento durante la primera hora se verifica contra la hora de diligenciamiento de la nota de enfermería registrada en la Historia Clínica”*. Razón por la que debe reevaluarse el cumplimiento a la meta en los primeros trimestres, en razón a que la administración del tratamiento ha sido siempre una tarea específica del personal de enfermería, por tanto el incumplimiento evidenciado en los dos últimos trimestres bajo otras características es el reflejo de la medición inadecuada del indicador.

INDICADOR 4: *“Evaluación de aplicación de guías para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE, con cumplimiento del 100%, sin embargo, es de aclarar que el proceso evalúa el indicador desde la fuga de pacientes hospitalizados con patologías en Salud Mental, situación que cambiaría la forma de medición al tratarse de una población específica, sin que quede claro si se presentaron fugas en pacientes con otro tipo patologías.*

INDICADOR 5: *“Evaluación de aplicación de guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)”, el proceso resalta en la evaluación: “En el Análisis se evidencia que hay algunas unidades de atención que no hacen el respectivo reporte a las especialidades requeridas como psiquiatría, psicología y trabajo social, por lo cual no se realiza la aplicación de los parámetros que nos pide el procedimiento, al igual se evidencia pobre indagación por parte de medicina general, en cuanto a procesos por psiquiatra o psicología, antecedentes psiquiátricos, consumo de SPA, Manejo de Duelos inadecuados o conflictos psicosociales identificados en el entorno del paciente (Identificación de Riesgos)”. Situación que persistió a lo largo del año, por lo que se debió incluir en el listado de guías trabajadas en el indicador número 10: “Porcentaje de Adherencia a las guías de manejo clínico del proceso”, observando las acciones correctivas sobre las persistencias evidenciadas por los profesionales a lo largo de la vigencia.*

INDICADOR 6 *“Porcentaje de pacientes en pos parto canalizadas a planificación familiar”, donde la meta es “Garantizar que el 100% de egresos de pacientes obstétricas estén canalizadas con un método de planificación familiar”, sin embargo, según ficha del indicador la meta está establecida sobre el 55%, porcentaje que es claro para la evaluación del cumplimiento.*



2. GESTION DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

INDICADOR 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

Para los 4 trimestres que se entrega información se evidencia una meta del 95%, con un consolidado anual de 95,6, mostrando acciones de mejora vencidas en los 4 períodos.

INDICADOR 2: No se refleja en el Excel

INDICADOR 3: Incrementar en 0,1 puntos porcentuales la calificación de autoevaluación del grupo de estándares pertinentes al proceso respecto de la calificación obtenida de la vigencia inmediatamente anterior. El proceso no aporta evidencia para verificar.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 4: Oportunidad menor de 48 horas en la entrega de medicamentos

Se entrega como evidencia medición trimestral del indicador con los siguientes resultados:

- Primer trimestre: cumplimiento del 96%
- Segundo trimestre: cumplimiento del 99%
- Tercer trimestre: cumplimiento del 98%

El informe de PQRS indica para la oportunidad en entrega de medicamentos un porcentaje de reclamos del 16% (n=111) en el tercer trimestre, del 39% (n=37) para el cuarto trimestre; resultados que reflejan la necesidad de implementar oportunidades de mejora.

Referente al informe que se entrega como evidencia de la gestión realizada para la vigencia 2020, se argumenta que “Al revisar el comportamiento de este 93.5% se identifica que solo se logra entregar el 48.4% antes de las 48 horas, esto debido a que la sede candelaria no reportó entregas antes de este tiempo”, lo cual desvirtúa los datos de la ficha del indicador.

INDICADOR 5: Incrementar en 0,2 puntos porcentuales los resultados de la clasificación del protocolo de toma de muestra y manual de bioseguridad a partir de la línea de base.

La ficha del indicador registra datos para los meses de enero a septiembre; con la particularidad de que en los meses de enero, agosto y septiembre se registra como dato 0 (cero), ya que por la Emergencia Sanitaria y por socialización del documento no se pudo evaluar la adherencia. Adicionalmente no se soporta la razón de NO reporte de datos para el cuarto trimestre, conllevando a identificar falencia en la planeación de la actividad, que se refleja en la formulación y medición del indicador.

INDICADOR 6: Cumplir con la productividad por hora de terapia física, (3 sesiones) en los servicios ambulatorios; monitorean los tiempos establecidos para la atención desarrollando acciones de mejora ante desviaciones que se presenten.

Número Promedio De Sesiones Realizadas en el Periodo Evaluado / Numero Promedio De Horas Laboradas Del Personal De Fisioterapia.



El proceso aporta como evidencia la ficha del indicador registrando datos de los tres primeros trimestres, presentando una disminución significativa del promedio (9 meses /463 sesiones de terapia realizadas/187 horas) de la demanda y la oferta. Consecuentemente para tercer trimestre en el análisis hecho por el proceso se afirma que se disminuye el estándar de usuarios por hora de atención, lo cual no se evidencia en los soportes y en la ficha de indicador.

INDICADOR 7: Mantener en un 85% la resolutivez de la sala ERA en los servicios ambulatorios / prestar atención oportuna, personalizada y de calidad a todos los usuarios pediátricos con enfermedad respiratoria aguda que permita disminuir complicaciones y mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios con un debido seguimiento a las 48 horas después de la atención.

Sumatoria de pacientes resolutivos en el mes en la sala ERA / Sumatoria de pacientes atendidos en la sala ERA * 100

Se aporta como evidencia ficha del indicador con registro de datos hasta el tercer trimestre, presentando variación significativa de su comportamiento por factores externos que se presentan (condiciones críticas del paciente), por lo que la OCI observa ajustar el mismo teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Disminución considerable de pacientes atendidos, promedio de 99 pacientes
- Inclusión de paciente que se hospitalizan en el conteo del denominador, lo cual altera el cálculo del indicador, llevando a una errada interpretación del indicador
- Ajuste a los factores externos que drásticamente cambian el entorno interno y externo de los

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

servicios, en el marco de la capacidad instalada

INDICADOR 8: Garantizar la oportunidad de entrega de resultados de laboratorio clínico, en un tiempo no mayor a dos horas (120 minutos) para el servicio de urgencias. El proceso aporta ficha de indicador de la vigencia observando cumplimiento con un tiempo promedio de 97 minutos, sin embargo se presenta una variación que oscila entre 83 y 120,6 minutos. Importante referir en el análisis de indicador las mejoras a implementar, como es el caso del tiempo requerido para la fase preanalítica y la ocupación del servicio.

INDICADOR 9: Lograr que el 100% de los RIESGOS identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia (ver observación descrita en el ítem de recomendaciones).

INDICADOR 9: Garantizar la oportunidad de entrega de resultados de laboratorio clínico, en un tiempo no mayor a tres horas (180 MINUTIOS) para el servicio de hospitalización. El proceso aporta ficha de indicador de la vigencia observando cumplimiento con un tiempo promedio de 111 minutos, sin embargo se presenta una variación que oscila entre 169 y 87 minutos, donde se argumenta falla en la interfaz del sistema, exámenes complejos de análisis y variación de ocupación del servicio. Lo anterior conlleva a referenciar los valores históricos del indicador, con el fin de definir la medición y monitoreo con actividades que reflejen la dinámica real de los servicios (capacidad instalada)



INDICADOR 10: Garantizar la oportunidad de entrega de resultados de laboratorio clínico para el servicio ambulatorio, en un tiempo no mayor a 48 horas (2880 MINUTOS). El proceso aporta ficha de indicador de la vigencia observando cumplimiento con un tiempo promedio de 433 minutos, sin embargo se presenta una variación que oscila entre 358 y 583 minutos. Importante referir en el análisis de indicador las mejoras implementadas, toda vez que se argumenta mayor efectividad del proceso, fallas en la interfaz y, aumento o disminución de la demanda del servicio. A su vez articular resultados de la encuesta de satisfacción, criterio seguridad, que para el tercer trimestre recibieron el 93%, siendo las causas de insatisfacción la no entrega completa de medicamento principalmente.

INDICADOR 11: Mantener menor o igual a 8 días la toma de ecografías en el servicio ambulatorio. La información registrada en la ficha del indicador corresponde a un promedio de 3,53 días, con una variación que oscila entre 1,92 y 2,29 días. Por lo anterior y teniendo en cuenta la justificación de la variación registrada en el análisis, donde se atribuye a causas como: inasistencia, emergencia sanitaria, baja demanda del servicio; es importante tener en cuenta para la vigencia siguiente, estos factores internos en el marco de la capacidad instalada.

3. GESTION DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

INDICADOR 1: El proceso tiene 63 OM, con las acciones correctivas cumplidas al 100%, sin embargo a la fecha no se cuenta con la evaluación de los soportes de estas actividades por parte de la segunda línea en 31 oportunidades de mejora, correspondiente al 49%, con lo que se daría el cumplimiento al 100% de la acción correctiva y el cierre definitivo del plan de mejora.

INDICADOR 4: Circunstancias generadas por la emergencia sanitaria entre las que se cuentan: Talento humano incompleto por incapacidades, aislamientos preventivos y asignación del talento humano para apoyo en a otros servicios, afectaron el cumplimiento de consultas

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

atendidas en los centros de atención prioritaria, haciendo impacto así mismo en la asistencia de usuarios a los servicios de consulta médica general y pediatría y asignación de citas médicas agendadas por el sistema Dinámica Gerencial.

INDICADOR 5: El proceso soporta la desviación presentada en la oportunidad de las citas médicas en el primer trimestre en que *“El usuario en su derecho de escoger la fecha en la que prefiere la cita y con el medico de su elección escoge fechas que superan los días de la oportunidad establecida para medicina general”*, en el seguimiento a los trimestres posteriores se evidencia un cumplimiento del 100% sobre la meta establecida, cumplimiento que es observado frente al informe de PQRS del cuatro trimestre 2020 el cual refleja: “que para último trimestre se mantienen Los Reclamos como la tipología de mayor recepción por dependencia, siendo esta tipología la de mayor número de recibidos en la Central PQRS con el 37% (n=262), correspondiente en su mayoría a Oportunidad de Agenda,” incluidas las agenda de especialistas, demoras en la atención o no Atención de citas programadas de consulta externa.

4. GESTION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

INDICADOR 1: Cumplir con la oportunidad en la atención de consulta de Urgencias Triage II. RESOLUCIÓN 256 DE 2016/ 2 actividades

Se definen dos actividades relacionadas con monitoreo y definición de actividades de mejora, con cumplimiento significativo frente al estándar, lo cual amerita revisar con muestreo de H.C. de urgencias dicho cumplimiento. Se plantean dos actividades para cumplir y frente a desviaciones no se formulan acciones de mejora; sin embargo se aporta evidencia sin especificar la fuente, donde se mide “adherencia a tablero 2020” a escala de clasificación con un % del 89,9.

INDICADOR 2: Reingresos Menor o igual a 0,3 PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL, RESOLUCIÓN 408 DE 2018/ 3 actividades de las cuales no se aportan evidencias de ejecución. Frente al valor de “meta” de 0,3, el análisis de la ficha del indicador difiere significativamente del valor de referencia 0,03 contemplado en RESOLUCIÓN 408 DE 2018.

Los procesos de Sistemas de información y urgencias aportan ficha de indicador que difiere en la definición del denominador, frente al proceso de “calidad”; considerando de relevancia articularse con el subproceso de facturación, en el tema de glosas por reingresos.



INDICADOR 3: Mantener la ocupación de los servicios de urgencias por debajo del 95%. / 2 actividades.

Frente al valor de referencia (menor al 95%) es importante puntualizar que la entidad cumple al promediar el valor del indicador para las 6 unidades con seguimiento, ameritando oportunidad de mejora para las USS de Meissen y Tunal con particularidad de los meses de enero y febrero, con respecto a la vigencia posterior y anterior.

No se aporta evidencia de seguimiento para las unidades de San Juan, Nazaret, Jerusalén y Manuela Beltrán, como tampoco los datos del seguimiento del segundo semestre.

La información registrada en la ficha técnica del indicador de la entidad presenta inconsistencia frente a la vigencia reportada (2020) y el año para el numerador y el denominador. A su vez frente a la necesidad de implementar mejora, se observa valores por encima del de referencia para los meses de enero y febrero, lo cual guarda coherencia con las unidades ya mencionadas.

INDICADOR 4: Identificar y canalizar al 100% de población menor de 5 años que ingresan al servicio de urgencias en condición de afiliado a la subred, a los programas de promoción y

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

prevención de acuerdo a la ruta de atención de salud establecida para esta población. No se aportan evidencias de ejecución.

INDICADOR 5: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

Inconsistencia y no completitud de la información de las evidencias, en el entendido de que para el primer trimestre formulan 139 y para el segundo 159 sin especificar gestión realizada; no se cuenta con relación de ID asignados en el Aplicativo Utilitario.

INDICADOR 6: Lograr una adherencia mayor o igual al 80% de las buenas prácticas de seguridad del paciente de la subred / tres actividades.

El Programa de Seguridad del paciente aporta documento de fecha agosto de 2018, donde se priorizan 5 prácticas más no permite evidenciar los servicios a realizar seguimiento, la metodología y acciones de mejora frente a desviaciones encontradas, como lo definen las actividades.

INDICADOR 7: Gestionar el 100% de los eventos adversos identificados en el proceso / 4 actividades.

Se requiere aportar evidencias de la gestión realizada, de los eventos clasificados como adversos en sus etapas de notificación, análisis y cierre del ciclo de mejora. Con la complejidad del servicio de urgencias y en el contexto de la emergencia sanitaria, se evidencia un reporte muy bajo de notificación de posibles fallas en el proceso de atención (abril no presenta notificación), lo cual alerta a la entidad a implementar estrategias de adherencia al Programa de Seguridad del Paciente.

INDICADOR 8: Incrementar en 0,1 puntos porcentuales la calificación de autoevaluación del grupo de estándares pertinentes al proceso respecto de la calificación obtenida de la vigencia inmediatamente anterior.

NO se entrega soporte alguno de ejecución, el cual es solicitado a la primera línea de aseguramiento,

INDICADOR 9: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia.



Se entrega como evidencia ficha de indicador con seguimiento hasta el mes de junio, la OCI indica que se revisen los informes publicados en el link de Transparencia de la página Web de la entidad.

5. GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TIC:

INDICADOR 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

El seguimiento al cumplimiento del indicador no es objetivo, requiriendo aporte de evidencias que permitan identificar los ID y las actividades realizadas, sin embargo en la ficha se registran en promedio 273 acciones a desarrollar para la vigencia.

INDICADOR 2: Incrementar en 0,1 puntos porcentuales la calificación de autoevaluación del grupo de estándares pertinentes al proceso respecto de la calificación obtenida de la vigencia inmediatamente anterior.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

La segunda línea de aseguramiento informa que está pendiente la entrega de evidencias.

INDICADOR 3: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia.

La OCI indica que se revisen los informes publicados en el link de Transparencia de la página Web de la entidad.

INDICADOR 4: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 5: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 6: Mantener el 100% los sistemas de información para la gestión clínica y la interoperabilidad con la aplicación de la Plataforma Bogotá Digital.

Se evidencia gestión por parte del proceso y cumplimiento de las actividades planeadas.

INDICADOR 7: Fortalecer en un 95% la Plataforma tecnológica.

La presencia de factores externos (pandemia) conllevó a ajustes del indicador que no se realizaron oportunamente, adicional al no aporte del plan de actualización de la plataforma tecnológica que afecta realizar seguimiento con objetividad. Se entrega como soporte relación de actividades ejecutadas.

INDICADOR 8: Realizar en un 95% mantenimiento correctivo y evolutivo de infraestructura Tecnológica.



Se presentan inconsistencias frente al cronograma planeado, los soportes y el número de actividades ejecutadas.

INDICADOR 9: Lograr un 100% de cumplimiento en la implementación del plan de seguridad y privacidad de la información para vigencia.

Acorde a cronograma se definen 6 actividades para la vigencia, sin aporte de evidencias específicas que den cuenta de su cumplimiento. El procedimiento GI-TICS-PP 02 V2 define 40 políticas que deben ser objeto de implementación y evaluación de resultados, como se manifiesta en algunos de los apartes de la declaración de Aplicabilidad.

INDICADOR 10: Gestionar y realizar seguimiento al 100% de las incidencias y requerimientos registrados en la Mesa de Ayuda GLPI.

Cumplimiento del 99,5% frente a la meta, que se corrobora con el informe adjunto evidenciando que el 4.5% de los requerimientos se encuentran en gestión y/o espera, a lo cual la OCI recomienda ajustar la meta, acorde a los factores externos que se presentan.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 11: Fomentar en un 95% la Cultura archivística en la subred sur.

Las evidencias aportadas por el subproceso permiten evidenciar cumplimiento de las actividades propuestas, observando la OCI ajustar la meta acorde con la capacidad de respuesta, priorizando los procesos que en primera instancia se deben adherir al procedimiento

INDICADOR 12: Mantener al 100% actualizada la página web de la entidad de acuerdo a la ley de transparencia y acceso a la información.

Con corte a la vigencia 2020 se evidencia cumplimiento del 91,68 que permite evidenciar acciones de mejora, teniendo en cuenta informe de veeduría, procuraduría y seguimiento por OCI al PAAC.

INDICADOR 13: Cumplir al 95% las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2019 correspondientes al proceso.

La ficha del indicador se analiza con la totalidad de las actividades del PAAC, más no con las actividades que son responsabilidad específica del proceso de S.I. - TIC. La OCI publica informe de seguimiento de norma, en la página Web de la entidad, link Transparencia

6. MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

INDICADOR 1: PG Realizar auditoria de la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.

El cumplimiento del indicador muestra significativa adherencia a la Guía, a lo cual la OCI observa aumentar la fuente de la muestra, donde además del SIVIGILA, los códigos CIE-10 de los RIPS aportan información importante. Se sugiere adicionar a los soportes, las evidencias que cierran el ciclo de mejora de las oportunidades identificadas en la auditoría.

INDICADOR 2: PG Realizar auditoria de la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

La ficha de análisis del indicador afirma que según el procedimiento de Evaluación de la Calidad, se aumentó del 80 al 90%, lo cual implicaba ajuste a la meta que no se realiza.

INDICADOR 3: PG Realización de aplicación de las Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.



Las observaciones de la OCI se informan en los indicadores similares de los proceso de Ambulatorios- hospitalarios.

INDICADOR 4: Gestionar al 100% los eventos adversos.

Se entrega como evidencia ficha del indicador con un total de 598 eventos adversos reportados y gestionados; considerando de relevancia que si bien la notificación aumentó, el número de casos clasificados como eventos adversos corresponde al 20% del total de la notificación recepcionada para la vigencia (2974). No se aportan evidencias de los análisis realizados y de la ejecución de las acciones de mejora.

INDICADOR 5: Mantener por debajo de 2,4 % el índice de infecciones asociadas a la salud.

La ficha del indicador muestra un dato global para la vigencia del 2,35%, presentándose valores que oscilan entre 2,78% y 4 entre los meses de septiembre a diciembre, asociados al incremento de úlceras por presión por estancias prolongadas de pacientes Covid. No se aporta evidencia de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

las acciones de mejora implementadas frente a la adherencia a esta buena práctica, con especificidad del servicio y sede donde se presentaron los eventos adversos.

INDICADOR 6: PG Cumplir al 90% el PAMEC

Indicador con cumplimiento del 98,10% con un total de 384 acciones de mejora ejecutadas frente a un total de 397, sin aporte de evidencias de ejecución por los procesos y/o aplicativo utilitario.

INDICADOR 7: Actualizar el 100% de los Procedimientos, manuales, guías, protocolos según priorización de la subred Sur.

El resultado de la ficha del indicador del 114,94% supera el 100%, lo cual indica que su formulación debe ser ajustada teniendo en cuenta los criterios para priorizar los documentos a actualizar y normalizar y, la capacidad de respuesta del subproceso. Importante verificar que la documentación publicada en la intranet reúna los criterios de calidad, ya que se han evidenciado documentos en versión preliminar, formatos con observaciones, entre otras irregularidades. Igualmente la OCI observa revisar la definición y aplicación de un instructivo y un formato, documentos que son dependientes y que siempre deben referenciarse en un documento madre (procedimiento, protocolo, manual, etc.) para que el colaborador tenga claridad en el hacer de su proceso.

INDICADOR 8: PG Mantener la acreditación - Autoevaluación en la vigencia evaluada $\geq 3,5$

La ficha del indicador no registra datos, argumentando el proceso que el mes de noviembre se realiza la autoevaluación, lo cual se corrobora con cronograma donde se registra cierre del 92% de las acciones de mejora el 20 de diciembre. El aplicativo Utilitario en la fuente acreditación, no registra ID para la vigencia 2020.

INDICADOR 9: Ejecutar al 90% el programa de Humanización Institucional.

La ficha de indicador define 8 actividades con un cumplimiento del 100%, tres líneas de acción: capacitación (cobertura de 4904), acompañamiento (cobertura de 1370), e intervención (cobertura de 3726).

Acorde con mesa de trabajo realizada en el 2019, relacionada con auditoría del Proceso de Participación, es importante establecer articulación con los casos del comité de convivencia, plan de gestión de integridad y proceso de control disciplinario (valores). La política de Humanización como carta de navegación del Programa define 4 indicadores, que a su vez requieren ajustes en su formulación que permitan monitorear el impacto de la ejecución del mismo.



INDICADOR 10: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso.

El proceso define dos indicadores relacionados con capacitación y evaluación, los cuales no se miden por contingencia de la Emergencia Sanitaria, registrando como actividad el reconocimiento a los participantes de la actividad del año inmediatamente anterior.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 11: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG.

El proceso argumenta que según resultados FURAG del 2019, se planteó un plan de acción para las siete dimensiones del Modelo, con un total de 117 acciones (no se aporta evidencia). Al igual

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

que el indicador 10, la OCI observa que los procesos realicen levantamiento de la gestión realizada en el marco de las 17 políticas del modelo MIPG.

INDICADOR 12: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

La definición del indicador “Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora cerradas del proceso.”, no corresponde con la definición del numerador y denominador. Importante verificar que las acciones de mejora correspondan a la gestión propia del proceso de calidad y, los valores registrados en la ficha del indicador; estos últimos son iguales para los tres últimos trimestres, lo cual no es coherente con el 96% de cumplimiento.

El proceso aporta un informe de gestión con corte al segundo trimestre, informando “cumplimiento del 97% en la ejecución de los planes a cargo de la oficina y según los soportes que reposan en el aplicativo Utilitario, donde se ejecutaron 61 acciones de 63 planeadas para la vigencia y que corresponden al seguimiento de las acciones establecidas en las Oportunidades de Mejoramiento generadas desde las diferentes fuentes: Auditorías realizadas por los entes de Control Externo, Control Interno (**la OCI no ha realizado seguimiento al proceso**), Auditorías realizadas por las EPS y atendidas desde la oficina de calidad”; lo cual difiere de los datos registrados para el indicador en igual período.

INDICADOR 13: Cumplir mayor o igual al 90% el Plan de Acción de Sistema Único de Acreditación de la subred.

Importante aportar evidencias de las 13 actividades definidas en el cronograma de la vigencia 2020.

Acorde con informe del proceso de calidad con corte a segundo trimestre, se definen 75 oportunidades de mejora y 300 acciones de mejora, acorde a ajustes de junio de la vigencia 2020. Importante que para la vigencia 2020, se aporte informe de cierre con inclusión de los planes de mejora como resultado de la visita de Icontec y, de las debilidades identificadas en los talleres de implementación realizados.



INDICADOR 14: Lograr una cobertura $\geq 95\%$ a la Política de seguridad del paciente manejo del proceso.

Las tres actividades propuestas para cuantificar el indicador se enfocan en capacitar, evaluar y definir acciones de mejora ante desviaciones encontradas. Sin embargo, los datos registrados en la ficha del indicador responden a los objetivos de la política de Seguridad del Paciente publicada en el link de Transparencia, a lo que la OCI observa la necesidad de ajustar los dos documentos por ítems como:

- El documento de la política registra sólo 4 objetivos
- El objetivo uno y cuatro son iguales

Adicionalmente se observa la oportunidad de articular la Política de Seguridad del Paciente con los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario, siendo relevante para el tercer trimestre de la vigencia 2020, que el criterio de seguridad arroja un valor del 79% para los usuarios del servicio de Hospitalización, por inconformidad por la falta de oportunidad en el cambio de tendido de las camas, inadecuado aseo de los pisos de las habitaciones y baños, falla en los canales de comunicación para brindar información a los pacientes sobre el estado de salud y, no información sobre consentimiento informado y signos de alarma

INDICADOR 15: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia. La OCI indica que se revisen los informes publicados en el link de Transparencia de la página Web de la entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

7. COMUNICACIONES

Se evidencia como generalidad para la gestión del proceso que los resultados para el primer semestre, se afectaron en su planeación y ejecución por ajustes del plan operativo, aclarando que el equipo de trabajo desarrolló actividades para este período.

INDICADOR 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

La ficha del indicador muestra cumplimiento del 98%, con registro en el numerador de valores no coherentes con el resultado. No se aportan evidencias que permitan identificar los ID y las actividades realizadas, sin embargo en la ficha se registran en promedio 64 acciones a desarrollar.

INDICADOR 2: Lograr que el 100% de los RIESGOS identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia (ver observación descrita en el ítem de recomendaciones).

INDICADOR 3: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso. Actividades: capacitación y evaluación de conocimiento.

Las fichas de los indicadores formulados no registran datos, justificando la cancelación de las actividades a cumplir, por priorizar actividades urgentes relacionadas con la emergencia sanitaria; la OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 4: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG. Se plantean las siguientes tres actividades de las cuales no se aportan evidencias y la ficha del indicador registra cumplimiento del 100%, no guardando coherencia con el indicador número 3 y con gestión del proceso de comunicaciones.



La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 5: Lograr que la información llegue al 90% de los colaboradores encuestados en el segundo semestre de 2020.

La formulación del numerador y denominador del indicador, deben ser ajustados ya que su definición indica el mismo valor, tomando como referencia la meta del 90%. A su vez se toma con factor crítico de ejecución la aplicación de la encuesta, a pesar de que se aplica en el mes de junio; razón que evidencia falencias en la planeación y ejecución de las actividades propias para el primer semestre. En cuanto a la metodología de una total de 914 colaboradores, nivel de confianza del 99% y un margen de error de 5%, es importante cubrir el universo incluyendo la totalidad de las sedes y ponderando el número de encuestados frente al total de colaboradores de cada una.

INDICADOR 6: Actualizar y articular la Matriz de necesidades de comunicación con el 100% acorde a la estructura funcional de la institución para definir las necesidades de comunicación y su periodicidad.

Se definen tres actividades a cumplir relacionadas con levantamiento por proceso de la matriz de necesidades, cumplimiento a las mismas y cierre de incidencias de mesa de ayuda;

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

requiriendo aportar evidencia de la gestión realizada. No se evidencia soportes con los procesos de jurídica y control disciplinario y, el denominador del indicador corresponde a 17, incluyendo el proceso de comunicaciones.

INDICADOR 7: Cumplir con el 100% de las actividades planeadas en PECO

Acorde con evidencias aportadas para el primer trimestre, el proceso ajusta los indicadores del POA definiendo documentar el informe del Plan de Trabajo de Comunicaciones, el cual no se adjunta y se documenta en el mes de marzo el PECO. Adicionalmente no se registra dato, evidenciando que por cambio del líder del proceso se ajustan los indicadores del POA para la vigencia 2020; lo cual refleja una oportunidad de mejora frente a que la gestión del proceso no debe perder continuidad por dicho cambio.

El cumplimiento reportado de las actividades definidas es del 73% y 100%, para el tercer y cuarto trimestre respectivamente, soportes que se puntualizan en el informe final POA 2016-2020. Sin embargo el proceso requiere revisar en su planeación, la capacidad de respuesta a las actividades planteadas, ya que los resultados cuantitativos de ejecución no deben superar el 100%, lo cual indica que las metas deben ser ajustadas. Tal es el caso de los meses de mayo - junio, donde la socialización fue del 145% y del 101%; octubre con publicaciones del 136% y cumplimiento de meta del 300%.

INDICADOR 8: Aumentar en un 15% en el año, la efectividad y eficacia de los medios, herramientas y estrategias de comunicación para el usuario. BASE 2019: 49% META 2020: 56% Importante revisar formulación del indicador que debe arrojar un número absoluto, por lo que no requiere definición de numerador y denominador, si se calcula con los datos de la encuesta. Sin embargo los soportes y resultados registrados en la matriz de POA (70,75%) no permiten evidenciar la mejora en los 15 puntos porcentuales en términos de efectividad y eficacia, teniendo en cuenta las conclusiones y observaciones del resultado de la encuesta.

INDICADOR 9: Aumentar la meta de notas positivas en los medios masivos, locales y comunitarios de comunicación en un 25% con respecto a la meta del año 2019. Línea base 160 notas META 2020: 200 NOTAS.



Se publica para la vigencia un total de 323 notas positivas en medios masivos, lo cual indica cumplimiento de la meta; sin embargo, la OCI observa que se revise la formulación del indicador y meta, acorde con la capacidad de respuesta del equipo.

INDICADOR 10: Aumentar en un 10% la divulgación del portafolio de servicios de salud, a colaboradores y comunidad META 2019: 80% META 2020: 88%

Resultado de la tabulación de la encuesta interna y externa arroja un cumplimiento del 87,12, cumplido desde el mes de junio en que se aplicó; sin embargo es importante hacer ajuste a la estrategia de medición para que permita medir resultados para toda la vigencia.

INDICADOR 11: Cumplir al 95% las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2019 correspondientes al proceso.

Se aporta como evidencia la ficha del indicador que registra un cumplimiento del 96,3%, con una meta del 95%; sin especificar qué actividades puntuales eran responsabilidad del proceso de comunicaciones que corresponderían a la formulación del indicador. Adicionalmente se observa para el último cuatrimestre de la vigencia, incumplimiento en actividades de la Política de Integridad y Transparencia, que si bien se requieren el apoyo del proceso de comunicaciones, no son de su resorte.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

8. PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

INDICADOR 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso. No registra dato en la matriz de POA, sin embargo la ficha de indicador muestra un resultado del 98,5% y no se relaciona ID para verificar en Aplicativo Utilitario, especificando que el plan de mejora de la auditoría de la Política de Partición Ciudadana a enero del año 2021 requirió prorroga de fecha de ejecución.

INDICADOR 2: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia.

La OCI indica que se revisen los informes publicados en el link de Transparencia de la página Web de la entidad.

INDICADOR 3: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso.

El proceso define dos indicadores relacionados con capacitación y evaluación, los cuales no se miden por contingencia de la Emergencia Sanitaria, registrando como actividad el reconocimiento a los participantes de la actividad del año inmediatamente anterior.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 4: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 5: Cumplir al 95% las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2020 correspondientes al proceso.



Se presenta diferencias significativas relacionadas con el número de actividades asignadas al Proceso e PCS, dentro del PAAC que oscilan entre 8 y 32 acorde a evidencias aportadas; por consiguiente el resultado de la ficha del indicador del 96,3% requiere revisión, a lo adicionalmente se debe incluir las observaciones de los informes de seguimiento de la OCI.

Importante al formular el PAAC para la vigencia 2021, asignar el proceso responsables de ejecutar específicamente las actividades, caso concreto en el componente de racionalización de trámites acorde con el trámite/OPA priorizado.

INDICADOR 6: Alcanzar un índice de satisfacción mayor o = al 96%

Si bien el resultado anual global 97%, acorde con ficha de indicador aportada por el proceso, a la fecha febrero 11/2021 se revisa último informe publicado, del tercer trimestre de la vigencia evidenciando oportunidades de mejora para la entidad en temas relacionadas con atención de enfermería después del llamado de los usuarios, falta de información sobre el estado de salud de los pacientes, falta de claridad en la información de los diagnósticos y falta de privacidad durante la atención, entre otras.

En el informe de satisfacción del tercer trimestre se afirma “ningún usuario accedió a la página de internet de la Subred Sur, para diligenciamiento de la encuesta de satisfacción.”; indicando establecer una estrategia para que el cliente externo utilice esta herramienta.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 7: Aumentar 3 puntos porcentuales el conocimiento de derechos y deberes según encuesta de satisfacción. (Línea de base 90% 2018) 2019: 93%

El resultado global registrado en la ficha del indicador aportado por el proceso arroja un valor del 92,8 por recordar el usuario un derecho y un deber frente a una meta del 96%, definiendo en la matriz del POA como evidencia entregable un informe que no es aportado por el proceso y que difiere del objetivo del indicador.

El análisis de la encuesta de satisfacción como documento disponible a corte del 11/02/2021 en la página WEB de la entidad, registra que la adherencia a los 9 (nueve) derechos con mayores porcentajes corresponde a la siguiente relación, enfatizando que el 8% no reconoce ninguno:

- Respeto y equidad 32%
- Atención Integral 18%
- Elección 11%

El análisis de la encuesta de satisfacción como documento disponible a corte del 11/02/2021 en la página

WEB de la entidad, registra que la adherencia a los 9 (nueve) deberes con mayores porcentajes corresponde a valores del 25% y 22%, enfatizando un porcentaje no reconoce ninguno.

Igualmente el análisis de la encuesta de satisfacción permite evidenciar que el conocimiento/apropiación de los derechos y deberes por servicio oscila entre el 82% del servicio de hospitalización y el 98% de los servicios del proceso de Complementarios.

INDICADOR 8: Registrar en el aplicativo SIDMA el 100% de las actividades de orientación individual, grupal y de capacitación de acuerdo con la meta programada



El resultado global registrado en la ficha del indicador aportado por el proceso es del 100%; definiendo como producto entregable Informe SIDMA, con diferencia sustancial en la formulación de la meta en la matriz de POA del primer y cuarto trimestre. A su vez el proceso en el análisis del indicador para el cuarto trimestre registra “En el cuarto trimestre de 2020 se evidencia una disminución en los registros realizados en el aplicativo del SIDMA”, lo cual contradice el resultado.

INDICADOR 9: Disminuir en 6% anual la participación de Quejas del total de comentarios de los usuarios.

Se cumple con la meta propuesta como resultado de la gestión articulada con el Programa de Humanización, considerando importante definir en el indicador, que las quejas objeto de seguimiento son relacionadas con trato humanizado y, registrar en el análisis los inconvenientes del Sistema Bogotá Te Escucha (marzo).

INDICADOR 10: Cumplir al 100% con la Oportunidad de Respuesta de PQRS según normatividad

El cumplimiento del indicador permite evidenciar la gestión sistemática con los procesos de la entidad, siendo relevante el apoyo y orientación de la Gerencia respecto al análisis de la información y definición de acciones de mejora. El informe de seguimiento a los criterios de calidad de los meses de Julio- Agosto, permite evidenciar que si bien se cumple con los términos de ley en dar la respuesta, el incumplimiento a los criterios de Calidad y la baja adherencia al procedimiento de PQRS institucional PS-SC-PQRS-PR-01 V8 y por ende a la Ley 1755 de 2015, exigen la definición de una estrategia de seguimiento continuo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 11: Fortalecer los conocimientos para el ejercicio del Control Social, al 80% de los líderes que hacen parte de las formas e instancias de participación.

Se evidencia en la matriz de POA que la frecuencia de medición del indicador es mensual, y que por emergencia COVID y planeación de las actividades, la capacitación se inicia en el mes de octubre, lo cual genera la necesidad de notificar a la segunda línea los ajustes al indicador. Los resultados obtenidos y analizados por el proceso corresponden al porcentaje de integrantes que participaron de la estrategia de capacitación, mas no al aumento del mismo en términos de conocimiento para el ejercicio del Control Social.

INDICADOR 12: Dar respuesta al 100% de los requerimientos presentados por la comunidad en la rendición de cuentas.

A partir de lo exigido en la normatividad, la OCI observa que este indicador como hace parte del indicador general de respuesta a las PQRS, no requiere medición individual, sin restar importancia a la Estrategia MURC definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

INDICADOR 13: Cumplimiento al 100% de las actividades de trabajo social correspondientes a los servicios hospitalarios.

Se evidencia cumplimiento del indicador con observaciones relacionadas con capacidad de respuesta del equipo que deben ser objeto de análisis, para la planeación de la vigencia 2021.

INDICADOR 14: Respuesta al 100% de las interconsultas generadas para el área de Trabajo Social

La ficha del indicador y la matriz de POA indican cumplimiento, siendo importante adjuntar un muestreo significativo de interconsultas y los soportes de la gestión realizada.

La ficha del indicador y la matriz de POA indican cumplimiento, siendo importante adjuntar un muestreo significativo de interconsultas y los soportes de la gestión realizada.

INDICADOR 15: Analizar e Intervenir el 95% de las PQRS relacionadas con acceso, oportunidad y deshumanización.



La inconsistencia en la formulación del indicador relacionada con el aspecto a cuantificar impide realizar un seguimiento objetivo, debido a:

- La ficha de indicador define N° de PQRS socializadas
- Matriz de POA define analizar e intervenir
- En el marco de Ley se define gestión del 100% de PQRS

9. GESTION DEL CONOCIMIENTO

INDICADOR 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

La ficha del indicador muestra cumplimiento del 100%, con registro en el numerador de valores no coherentes con el resultado. No se aportan evidencias que permitan identificar los ID y las actividades realizadas, sin embargo en la ficha se registran en promedio 64 acciones a desarrollar.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 2: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia.

La OCI indica revisar los informes de seguimiento a riesgos publicados en el link de transparencia de la página Web de la entidad.

INDICADOR 3: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 4: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 5: Desarrollar 1 proyectos de ciencia, tecnología e investigación en salud para Bogotá.

Acorde con la ficha del indicador se desarrollan 7 proyectos, lo cual indica frente a la meta la necesidad de ajustar la formulación del indicador

INDICADOR 6: Gestionar al 100% de los convenios Docencia servicios ejecutados por la subred. El proceso aporta evidencias del seguimiento a los convenios Docencia con cumplimiento del 100%, requiriendo ajuste la formulación del indicador en términos de suspensión de actividades por las instituciones educativas, en el marco de la Emergencia Sanitaria



INDICADOR 7: Adoptar e implementar al 100% las Guías de Práctica Clínica institucionales Las evidencias aportadas por el proceso y los datos de la ficha del indicador evidencian cumplimiento superior a la meta establecida, lo cual debe ajustarse en la formulación del denominador y la meta acorde con lo planeado por el proceso para cada período específico.

INDICADOR 8: Incrementar en un 60% la capacitación a colaboradores con el fin de fortalecer competencias en investigación y temas definidos en el Plan Institucional de Capacitación. (Línea de base 47; 2018) 2019: 23 (según POA 2019) 2020: 75 (LINEA BASE 47+ 28 = 60%)
Se presenta inconsistencias en los datos de línea base, referenciando el seguimiento a los resultados en un incremento en la cobertura de los capacitados con un resultado de 78,5%. Importante aportar evidencias de listas de asistencia, que permitan evidenciar incrementos de cobertura.

10. GESTION DEL TALENTO HUMANO

INDICADOR 1: Lograr una ejecución del 100% del Plan Institucional de Capacitación para la vigencia.

Se presentan inconsistencias en el número de actividades programadas en cronograma y en lo registrado en el indicador de cumplimiento, requiriendo en la planeación definir universo a capacitar y priorizar los colaboradores por servicio según necesidad institucional de apropiación y adherencia del tema.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

A su vez ajustar fechas de ejecución respecto a lo programado, caso puntual de capacitación en código blanco programada para los 4 últimos meses del año 2020 y los soportes de lista de asistencia corresponden a los meses de enero y febrero.

INDICADOR 2: Lograr mínimo una cobertura del 85% por acción de formación del Plan Institucional de Capacitación.

La cuantificación del indicador debe disgregarse por tema, con previa definición del universo a capacitar y priorizar los colaboradores por servicio según necesidad institucional de apropiación y adherencia del tema. A su vez definir acciones que permitan mejorar las desviaciones encontradas.

INDICADOR 3: Lograr que el 95% de los colaboradores nuevos asistan a los procesos de inducción de la subred.

El indicador se define para medir la asistencia a la inducción, con cumplimientos mensuales en su mayoría del 100%, lo cual debe contrastarse con el número real de colaboradores nuevos que ingresan y de ser necesario aumentar el valor de referencia de la meta

INDICADOR 4: Lograr que el 95% de los colaboradores nuevos asistan a los procesos de reinducción.

El informe anual del PIC refiere una cobertura de 2916 colaboradores, requiriendo definir un universo con corte a la fecha que se realiza, que permita cuantificar la participación real. Importante aportar para el seguimiento los temas desarrollados

INDICADOR 5: Ejecutar el 100% de las actividades establecidas en el cronograma del proceso de evaluación de desempeño funcionarios de carrera administrativa y evaluación de gestión del personal provisional y seguimiento de la evaluación de los gerentes públicos.

Si bien el proceso cumple al 100% con las 28 actividades para la vigencia, según datos registrados en la ficha del indicador; la OCI no dispone de evidencias que permitan verificar lo planeado frente a lo ejecutado, sugiriendo la elaboración de un informe anual, al igual que documentar el subproceso.

INDICADOR 6: Disminuir en 6 puntos porcentuales el promedio del resultados de las 4 macro variables que mostraron mayor insatisfacción, en la Encuesta de Clima Laboral.

La evidencia aportada relacionada con invitación a realizar encuesta, de fecha noviembre 2020, no soporta el cumplimiento del indicador. A su vez se incumple fechas de cronograma publicado en la WEB, que definió inició en julio y finalización en diciembre.



INDICADOR 7: Lograr una ejecución del 95% del Plan de Bienestar e Incentivos.

Se evidencia reducción del 34% de las actividades planteadas al inicio de la vigencia, lo cual genera ajustes tanto al plan como el cronograma que se realizan, sin aprobación en espacio de Alta Dirección y, correspondiente publicación.

INDICADOR 8: Frecuencia de accidentalidad menor o igual a 350 Accidentes (Funcionarios-Terceros jurídicos y Naturales).

Cumplimiento del indicador con un resultado para la vigencia 2020 de 281 eventos para un universo promedio de 5116 colaboradores.

INDICADOR 9: Mantener igual o menor a 1,6% días de ausencia laboral mensual por causas relacionadas con la salud.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

Se presenta diferencia en la formulación de la meta registrada en la matriz de POA (Mantener igual o menor a 1,6% días), y la registrada en la ficha de indicador (1.7); lo cual dificulta el análisis. Adicionalmente se evidencia en los meses de febrero y marzo valores superiores a la meta, lo cual genera una alerta de seguimiento.

INDICADOR 10: Lograr un porcentaje de aprobación mayor o igual al 95% el plan de gestión de riesgo de desastre por parte de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital en Salud. Se evidencia un cumplimiento de 63,7% frente a la meta del 90%, lo cual requiere revisión de la meta, frente a las oportunidades de mejora y recomendaciones que se identifican en el INFORME DE GESTIÓN 4° TRIMESTRE 2020 GESTION DE AMENAZAS , en apoyo con la ARL SURA

INDICADOR 11: Cumplir al 95% la liquidación de novedades de factores salariales y prestacionales de los funcionarios y ex funcionarios de planta, atendiendo la normatividad vigente y lo dispuesto por el ordenador del gasto. La cuantificación del indicador indica un cumplimiento del 100% para la vigencia 2020, a lo que la OCI observa, revisar y ajustar la meta acorde con la capacidad de respuesta del subproceso responsable.

INDICADOR 12: Lograr un cumplimiento del 85% del plan de acción del código de integridad. Acorde con el Plan de Acción se definen un total de 15 actividades para la vigencia, de las cuales se evidencia cumplimiento de 8, acorde con evidencias aportadas por el proceso. Las actividades de socialización no responden a un informe que permita evidenciar línea base de apropiación y su aumentos, acciones de mejora ante brechas presentadas, porcentaje de firma de compromiso con universo definido, se propone medir percepción sin evidencia de aplicación de encuesta y, la entrega de código no define un universo para verificar que se entregó al 80% como meta.



INDICADOR 13: Definir el Índice de rotación de Talento Humano, para establecer línea base. Se aporta ficha de indicador con un valor promedio de 1,08 soportado con un informe; la OCI observa que se revise la finalidad de cuantificar esta variable, ya que como lo indica el proceso no se presenta significancia alguna

INDICADOR 14: Definir el Índice de satisfacción de los Colaboradores. No se evidencia soportes de gestión que permitan realizar el seguimiento

INDICADOR 15: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso. El proceso tiene en ejecución oportunidades de mejora de auditoría de OCI 2019 al PETH y auditoría a Política de Integridad. El proceso aporta cuadro de seguimiento de planes de mejora de subproceso de Nómina, con acciones de mejora pendientes de ejecutar.

INDICADOR 16: Incrementar en 0,1 puntos porcentuales la calificación de autoevaluación del grupo de estándares pertinentes al proceso respecto de la calificación obtenida de la vigencia inmediatamente anterior. El proceso no aporta evidencia para verificar.

INDICADOR 17: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia. La OCI refiere verificar información de los informes publicados en el link de transparencia de la página WEB de la entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 18: Lograr una cobertura del 85% del despliegue y apropiación de conocimiento de las (7) dimensiones de MIPG, al cliente interno de acuerdo a las estrategias definidas para el proceso.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 19: Cumplir con el 85% las actividades de los Planes de Trabajo de las 7 Dimensiones del MIPG.

La OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR : Cumplir al 95% las actividades del Índice de Integridad incluido en el PAAC – 2020 La OCI refiere verificar Informe de seguimiento por OCI, publicado en la WEB, link de Transparencia.

11. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

INDICADOR 1: Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia.

La OCI indica revisar los informes de riesgos publicados en la WEB de la entidad, link de Transparencia.

INDICADOR 2 y 3: relacionados con implementación del Modelo MIPG, la OCI observa que la entidad cumple con este indicador, por lo que cada proceso debe identificar en su gestión las actividades que como primera línea realizó para la vigencia 2020, y su correspondencia con lo definido en las dimensiones y políticas que operan el Modelo.

INDICADOR 4: Evaluar el 100% de las quejas radicadas.

Por matriz Excel POA y ficha de indicador se observa cumplimiento, valiendo la pena aclarar que no se aportan evidencias que permitan verificar la gestión realizada, guardando obviamente la reserva de las mismas.



INDICADOR 5: Gestionar el 100% de los procesos disciplinarios en etapa de evaluación.

Por matriz Excel POA y ficha de indicador se observa cumplimiento, valiendo la pena aclarar que no se aportan evidencias que permitan verificar la gestión realizada, guardando obviamente la reserva de las mismas.

INDICADOR 6: Registrar y/o Actualizar en el SIID, el 100% de los procesos tramitados en la oficina.

Por matriz Excel POA y ficha de indicador se observa cumplimiento, valiendo la pena aclarar que no se aportan evidencias que permitan verificar la gestión realizada en el Software dispuesto por la alcaldía (pantallazos).

INDICADOR 7: Capacitar al 80% de los servidores públicos y colaboradores de la subred de acuerdo a su vinculación y al marco legal que les rige, para minimizar las conductas disciplinarias.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

Difiere cuantitativamente los datos del numerador y denominador según definición del indicador y lo registrado por trimestre; se registran datos de sesiones de capacitación y no de número de colaboradores participantes. Importante revisar observaciones de la OCI al Plan Institucional de Capacitación.

INDICADOR 8: Realizar al 100% los Informes Internos, Externos a antes de Control.

Por matriz Excel POA y ficha de indicador se observa cumplimiento, valiendo la pena aclarar que no se aportan evidencias que permitan verificar la gestión realizada guardando la reserva de la misma.

12. GESTION ADMINISTRATIVA

La OCI, para los indicadores 1, 2, 3, 4 y 5 relacionados con cumplimiento a planes de mejora, autoevaluación, riesgos y MIPG, observa las mismas apreciaciones generales hechas para los restantes procesos de la entidad.

INDICADOR 6: Lograr mayor o igual al 95% la oportunidad en la entrega de insumos medico quirúrgicos en la subred.

Se evidencia en la ficha del indicador sobre ejecución del 4,14% respecto al 95% de meta establecida; sin embargo los causales inoportunidad en la solicitud, entregas extemporáneas, no pertinencia de códigos de la Bodega, entregas al siguiente mes, deben ser objeto de planes de mejora, en el entendido que son elementos básicos para la gestión de los procesos, en especial de los misionales.

INDICADOR 7: Cumplir al 95% con la ejecución del plan de Mantenimiento Preventivo de infraestructura.

Respecto a la meta fijada se incumple en un 2,52%, resaltado la significativa gestión realizada por el proceso, en el marco de las exigencias de la emergencia sanitaria en temas de infraestructura. Sin embargo para la vigencia 2021 la planeación del mantenimiento debe tener en cuenta como factores críticos de éxito: capacidad de respuesta, cumplimiento de norma, oportunidad en la contratación, entre otros.

INDICADOR 8: Cumplir al 95% el plan de Mantenimiento Preventivo equipos biomédicos.



Respecto a la meta fijada se incumple en un 1,77%, lo cual para la planeación de la vigencia 2021 debe ser tenido en cuenta como factores críticos de éxito, a saber: pendientes de repuestos que se encuentran en proceso de consecución o importación, repuestos no disponibles en el servicio, articulación con el Programa de Farmacovigilancia, entre otros.

INDICADOR 9: Lograr el cumplimiento del 100% anualmente de las acciones planteadas en el PIGA

Para cuantificar y monitorear las cuatro actividades macro que definen la gestión del proceso, es necesario ponderar cada una porcentualmente y replantear la meta del proceso, diferenciándola de la actividad que tiene que ver con el cumplimiento al 100% del PIGA. Para esta última meta se incumple en un 8,23%, justificando ajustes que se hacen en el marco de Pandemia, a lo que la OCI observa:

- Indicador de disminución del 0,5% de consumo de agua, que según registros y análisis cumple por cierre de 7 sedes; lo cual presenta error de interpretación, toda vez que por la contingencia se debe medir por sede acorde con datos históricos y línea base, sin incluir las sedes inoperantes.

- Indicador de disminución del 0,5% de consumo de energía, que acorde a datos y análisis registrado en la ficha, presenta inconsistencias iguales al indicador de agua. A su vez para la vigencia 2021, es importante considerar los factores críticos de éxito como disminución en el número de usuarios y al cierre temporal de siete unidades de servicio, entre otros.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

- Aumentar en un 0,75 % la generación de material reciclable respecto a la línea base. La ficha del indicador aportada por el proceso difiere 0,15 porcentualmente del dato definido como línea base, lo cual altera el cálculo de los resultados. A su vez se presentan mensualmente valores muy por encima de la meta, alertando reevaluar la formulación del indicador.

13. DESARROLLO INSTITUCIONAL



INDICADOR 1: Cobertura de capacitación de las siete (7) dimensiones de MIPG: Sin cumplimiento de la meta, la actividad fue suspendida desde junio del 2020, por la declaratoria de emergencia sanitaria Covid 19. El proceso continúa en la definición de estrategias para la vigencia 2021, con el fin de mitigar los hallazgos generados como consecuencia de la pandemia.

INDICADOR 3: *Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional*, se evidencia que a lo largo de las evaluaciones realizadas por el proceso en los trimestres correspondientes dan un cumplimiento sobre 100% de los indicadores en el plan operativo institucional, evaluación que requiere ajuste ya que en el ejercicio de evaluación por dependencias se ha podido evidenciar que son varios los procesos que no lograron el cumplimiento de sus indicadores, los cuales están relacionados en el presente informe.

INDICADOR 5: *Porcentaje de cumplimiento de los riesgos identificados en el proceso*. Para este indicador, el proceso tiene un logro del 100% de cumplimiento frente a lo planteado, sin embargo es de resaltar que en los seguimientos adelantados en la periodicidad establecida por el proceso, no hubo identificación de riesgos frente a la emergencia sanitaria Covid 19, situación que generó incumplimiento de indicadores en la mayoría de los procesos de la entidad.

Para los indicadores 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, relacionados con cronogramas de proyectos de adecuación, ampliación y construcción de los CAPS Manuela Beltrán, Candelaria, Danubio, Tunal, Meissen y Usme, con incumplimiento de las metas planteadas, *por suspensión de contratos por estado de emergencia derivado de la pandemia y del caso particular del Proyecto CAPS CANDELARIA LA NUEVA*, donde en la evaluación final del indicador el proceso refiere un cumplimiento del 100% de la meta, sin embargo es de tener en cuenta que para la evaluación del primer y segundo semestre se encontró que: *“Las actividades planteadas para el primer trimestre no se pudieron llevar a cabo toda vez que la SDS no emitió certificado de viabilidad del proyecto porque a la fecha el predio donde se construirá el CAPS Candelaria, no aparece a nombre del Distrito Capital, gestión que se encuentra adelantando el DADEP por parte de la subred”*.

INDICADORES 15 y 17: Relacionados con incremento de los ingresos por venta de servicios de salud, e *Incremento en los ingresos por fuentes diferentes al FFDS y Capital Salud*, con afectación en el cumplimiento de la meta establecida, a consecuencia *del impacto de la pandemia que tuvo efectos directos sobre las demanda de los servicios de salud en todos los procesos asistenciales y los cambios en la oferta que la Subred debió realizar para dar respuesta efectiva a la atención de paciente COVID.*”, disminución en la facturación del 4,3%, relacionado con los cambios en la oferta y la demanda de servicios con ocasión de la declaratoria de emergencias por pandemia de COVID-19. La mayor afectación se da sobre las fuentes de accidentes de tránsito (-59%), entes territoriales (-83%), Particulares (-32%) y pólizas aseguradoras (-44%).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

14. GESTION DEL RIESGO

INDICADOR 3: “*Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores*”, de los 10 indicadores trazadores se evidencia incumplimiento de la meta en dos de ellos, el primero relacionado con el número de defunciones fetales tempranas y el otro con el número de casos de sífilis congénita, por lo que se requiere el fortalecimiento del programa de salud sexual y reproductiva y la medición de la adherencia a la guía de sífilis gestacional.

INDICADOR 4: “*Porcentaje de captación Temprana de gestantes antes de la semana 12 al control prenatal*”

Teniéndose que para el primer trimestre el cumplimiento fue del 83%, segundo trimestre 85%, tercer trimestre 71%, cuarto trimestre 72%, para un cumplimiento del 84% sobre el 85 que es la meta establecida, resultados que requieren una evaluación de las acciones implementadas que van desde el refuerzo al seguimiento en el programa de planificación familiar, hasta los gravidez positivos obtenidos en el laboratorio.

INDICADOR 7: “*Relacionados con porcentaje de coberturas de vacunación*”. En el seguimiento efectuado se evidenció dificultades para cumplir con la cobertura útil de biológicos de vacunación al 95%, entre las que se señalan; cierre de manera temporal de 8 centros de atención lo que representa el 19.5 % de los centros de atención que prestan el servicio de vacunación en la subred, no contar con líneas telefónica celular para el seguimiento a la población, vehículos para la vacunación en casa, no hay alineación entre la evaluación de las coberturas de vacunación establecidas por SDS, la cual se ajustó conforme a la población asignada, sin embargo las metas para POA se definieron con la población general por residencia, todo esto sumado al impacto generado por la pandemia sobre todos los procesos de la entidad, cabe resaltar que la administración tomó medidas que apuntaron a mejorar las condiciones del proceso y lograr mejoras sobre las metas y la calidad del servicio.

15. DIRECCION CONTRATACION

La OCI, para los indicadores 1, 2, 3 y 4 relacionados con cumplimiento a planes de mejora, autoevaluación, riesgos y MIPG, observa las mismas apreciaciones generales hechas para los restantes procesos de la entidad.



INDICADOR 5: PG Adquirir mínimo el 70% de medicamentos y material médico quirúrgico realizada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, EAGAT, b) Compras a través de mecanismos electrónicos.

Cumplimiento del 99,33%

En la verificación realizada se establece que está realizando compras conjuntas con las 3 Subredes, con el fin de obtener una economía de escala, adicionalmente el uso de estos mecanismos denotan un punto a favor de la entidad con el compromiso con la transparencia.

16. OFICINA JURIDICA

La OCI, para los indicadores 1, 2, 3 y 4 relacionados con cumplimiento a planes de mejora, autoevaluación, riesgos y MIPG, observa las mismas apreciaciones generales hechas para los restantes procesos de la entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	

INDICADOR 5: Gestionar el 100% de los requerimientos jurídicos dentro de los tiempos establecidos.

El indicador se encuentra cumplido al 100%, en razón que al no dar respuesta oportuna traería como consecuencia sanciones a la entidad

8. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES



1. En el marco de la Emergencia Sanitaria y el empalme en la gestión de los procesos de la entidad, que surte por el cambio de la Alta Gerencia, se evidencia la necesidad de ajustar la formulación de indicadores por proceso, notificando de manera oportuna a la segunda línea y considerando que los planes operativos anuales por naturaleza son dinámicos en la medida que se presentan cambios en los entornos internos y externos que los afectan. Es importante dar curso de aprobación a los ajustes en mención, en los espacios de Alta Gerencia.

2. A partir de la dificultades que se presentaron para realizar este informe, como son la inoportunidad de la entrega de información, la no completitud y alcance de la información entregada, la extemporaneidad de la publicación del mismo, se requiere para la vigencia 2021 que el mapa de aseguramiento de la Entidad realice seguimientos con mayor frecuencia y objetividad, para así alcanzar el logro gradual de los objetivos estratégicos.

3. La OCI reitera la pertinencia de mesas de trabajo con la 1ª y 2ª línea de defensa para optimizar la verificación de evidencias, como se solicitó en el oficio OCI – 240 – 2020 de fecha 12 de diciembre.

4. Las líneas de aseguramiento de la entidad requieren ser fortalecidas con el fin de que sus roles alerten oportunamente la mejora a favor del desempeño de la entidad, lo cual para el caso específico de este informe dificultó factores críticos de cumplimiento como son: publicación a 31 de enero, alcance de las evidencias, inoportunidad en la entrega de información, diferencia en el número de indicadores de la matriz y las fichas (proceso urgencia – población menor a 5 (cinco) años, indicadores de MIPG) y deficiente seguimiento por la segunda línea.

5. La OCI observa que el seguimiento al indicador definido como “Lograr que el 100% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia”, incluido en el POA de los procesos de la entidad, obedece a las observaciones detalladas de los informes realizados por la tercera línea de aseguramiento; publicación que se encuentra en el link de Transparencia de la página WEB de la entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	GP-GPA-FT-02 V1	