

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

<b>NOMBRE DEL INFORME:</b>	<b>INFORME DE DEPENDENCIAS – CUMPLIMIENTO PLANES OPERATIVOS VIGENCIA 2022</b>
----------------------------	---

## **CONTENIDO DEL INFORME**

### **1. PERIODO DE EJECUCIÓN**

Comportamiento de los Planes Operativos de cada proceso durante la Vigencia 2022.

### **2. OBJETIVO**

Evaluar la gestión adelantada y dificultades presentadas por los 20 procesos que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, frente al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Operativo Anual 2022 de acuerdo con lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.

### **3. ALCANCE**

Desde la verificación de las metas establecidas por los procesos para la vigencia 2022, hasta el cumplimiento de esta al finalizar la vigencia.

### **4. EQUIPO AUDITOR**

Jefe de Oficina Control Interno – Astrid Marcela Méndez Chaparro.  
 Profesional Especializado – María de la Cruz Terán Álvarez.

### **5. METODOLOGÍA**

- Revisión de cada uno de los Planes Operativos de los 20 procesos que conforman la entidad y sus metas establecidas.
- Estudio de lineamientos normativos correspondientes.
- Análisis de la documentación solicitada y aportada por cada uno del proceso.
- Elaboración de informe preliminar, revisión por jefe de la oficina y publicación según normatividad.

### **6. MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

- Artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Evaluaciones de gestión de dependencias.
- Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil - Anexo Técnico.
- Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

### **DESARROLLO**

De acuerdo con la información consignada en el formato de Plan operativo anual para la vigencia 2022 por parte de cada uno de los procesos, a continuación, se detalla su cumplimiento por trimestre y en la casilla de observaciones, se da a conocer la meta sobre la cual el proceso presentó alguna novedad en su desarrollo o resultado relevante.



MACROPROCESO ESTRATÉGICO					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
<p><b>Oficina Asesora Desarrollo Institucional</b> Metas: 9 Indicadores: 15 <b>Cumplimiento Anual: 85.2%</b> Ponderación: 100%</p>	86.2%	79.2%	87.0%	97.1%	<p><b>Meta 6:</b> Indicador: “<u>Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio CAPS DANUBIO</u>”. Primer trimestre 60%, segundo trimestre 64%, tercer trimestre 50% y cuarto trimestre 88%, para un resultado total anual de 71%.</p> <p><b>Cumplimiento:</b> De las 55 actividades programadas se cumplieron 39 hasta los meses de octubre, noviembre y diciembre, por lo que no se logra cumplir al 100% con el cronograma establecido.</p> <p>Se sugiere ajustar el cronograma en comité de obras SDS.</p> <p><b>Meta 6:</b> Indicador: “<u>Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Construcción Nuevo Hospital de USME</u>”, con cumplimiento del 75% en el tercer trimestre.</p> <p><b>Cumplimiento:</b> Actividades programadas: Dotación, Acabados y Fase de alistamiento, de estas actividades no se ha desarrollado la actividad de alistamiento y dotación, se encuentra en revisión de equipos. Sin embargo, la actividad de cubierta sigue en ejecución por lo cual es necesario hacerle un ajuste al plan de trabajo.</p> <p>El valor porcentual anual es de 98%, la programación tenía establecida 50 actividades de las cuales se cumplieron 49. Por lo que no se logra cumplir al 100% con el cronograma establecido.</p> <p><b>Observaciones:</b> Frente al incumplimiento de estos indicadores, se planteó el ajuste del cronograma en comité de obras SDS.</p>
<p><b>Oficina Asesora Gestión Jurídica</b> Metas: 8 Indicadores: 11 <b>Cumplimiento Anual: 97.1%</b> Ponderación: 100%</p>	100%	87.0%	97.9%	97.8%	<p><b>Meta 2:</b> Indicador: “<u>Porcentaje de Ejecución de los Controles asociados a los Riesgos del proceso y registrados en la matriz de riesgos.</u>”, con seguimiento cuatrimestral.</p> <p><b>I CUATRIMESTRE:</b> 29% <b>II CUATRIMESTRE:</b> 100% <b>III CUATRIMESTRE:</b> 100% <b>TOTAL, ANUAL:</b> 74%</p> <p><b>Acción correctiva:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificar indicadores en la matriz de riesgo</li> <li>2. Establecer matriz de seguimiento para la expedición de conceptos jurídicos.</li> </ol>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

					<p><b>Observaciones:</b> Las acciones correctivas implementadas tuvieron un impacto favorable, ya que para el segundo y tercer cuatrimestre el indicador logra tener un cumplimiento de 100%.</p>
<p><b>Oficina Asesora Comunicaciones</b>          Metas: 8          Indicadores: 8  <b>Cumplimiento Anual: 99.1%</b>          Ponderación: 100%</p>	100%	100%	100%	99.1%	<p><b>Meta 3:</b> Indicador: <u>“Realizar 190 actividades relacionadas con acreditación durante todo el año,</u> donde se tiene que:</p> <p><b>I Trimestre:</b> Ejecución de 27 de 72 actividades programadas.</p> <p><b>II Trimestre:</b> Ejecución de 48 de 70 actividades programadas.</p> <p><b>III Trimestre:</b> Ejecución de 68 de 68 actividades programadas.</p> <p><b>IV Trimestre:</b> Ejecución de 41 de 41 actividades programadas.</p> <p><b>Total, actividades ejecutadas en el año: 184.</b></p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<p><b>Gestión de la calidad</b>          Metas: 14          Indicadores: 14  <b>Cumplimiento Anual: 99.8%</b>          Ponderación: 100%</p>	98.5%	98.1%	99.9%	99.4%	<p><b>Meta 7:</b> Indicador: <u>“Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción del Sistema Único de Acreditación (SUA),</u> Este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 95% en los meses de marzo 80%, junio 83% y noviembre con un 80%. Dado que en el resto de meses el cumplimiento estuvo sobre el 100%, a fin de año se obtuvo un porcentaje global de 96%, por lo que se concluye que la meta finalmente fue lograda.</p> <p><b>Meta 8:</b> Indicador: <u>“Lograr un 95% de cumplimiento del PAMEC”</u> Este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 95% en los meses de marzo 75%, abril 18% y mayo 74%, el resto del año el porcentaje de cumplimiento fue del 88%, con incremento gradual, hasta llegar al 99%, para un cumplimiento anual del 92%.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<p><b>Sistemas de información TICS</b>          Metas: 15          Indicadores: 15  <b>Cumplimiento Anual: 99.3%</b>          Ponderación: 100%</p>	100%	98.7%	96.8%	99.7%	<p><b>Meta 3:</b> Indicador: <u>“Cumplir al 92% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso”,</u> este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 92% en los meses de septiembre con cumplimiento del 87% y diciembre con 91%, para un cumplimiento anual del 90%.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>



<p><b>Gestión del conocimiento</b> Metas: 8 Indicadores: 8 <b>Cumplimiento Anual: 97.5%</b> Ponderación: 100%</p>	83.3%	89.7%	95.7%	97.5%	<p><b>Meta 3:</b> Indicador: <u>“Cumplir al 92% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso”</u>, este indicador presentó porcentajes por debajo del nivel esperado 92%, en los meses de septiembre con un 80% y diciembre con un 73%, a fin de año se obtuvo un porcentaje global de 73%.</p> <p><b>Meta 4:</b> Indicador: <u>“Cumplir como mínimo el 60% de los requisitos de Hospital Universitario.”</u> Este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 60% en los meses de marzo 40%, junio 27% y septiembre 53%, a final de 2022, se logra cumplir con 9 de 15 requisitos para Hospital Universitario de acuerdo a la Resolución 3409/2012, lográndose un alcance global anual del 60%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente a los indicadores que presentaron cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p>
<p><b>Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano</b> Metas: 11 Indicadores: 11 <b>Cumplimiento Anual: 98.8%</b> Ponderación: 100%</p>	88.1%	99.3%	86.6%	100%	<p><b>Meta 1:</b> Indicador: <u>“Cumplir al 92% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso”</u>, este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 95% en el mes de septiembre (II Trimestre), con un 50%, donde se da cumplimiento a 2 de las 4 acciones de mejora programadas en el periodo.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado, sin embargo, en los meses posteriores da cumplimiento al 100% de las actividades, logrando un porcentaje global anual de 95%.</p> <p><b>Meta 8:</b> Indicador: <u>“Aumentar en un 2% los usuarios Informados y orientados en salas de espera sobre los temas priorizados.”</u> Este indicador presentó porcentajes por debajo del esperado 2%, en los meses de enero -13%, febrero -51% y abril - 13%, hacia los meses de mayo, junio, julio y agosto, se logra incrementar el número de usuarios informados, lo cual se vio reflejado por el número de registros diligenciados en el aplicativo <u>Si Cuéntanos</u> donde se observaron el número de sesiones y personas de las orientaciones individuales, grupales y capacitaciones, el resultado final muestra el incrementó y arrojó un total de 89.232 registros de orientaciones durante el año 2022 en comparación al año 2021 con 76.836 registros.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

**CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MACROPROCESO ESTRATEGICO**

PROCESOS	# METAS	# INDICADORES	% CUMPLIMIENTO				
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ANUAL
OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL	9	15	86,2%	79,2%	87,0%	97,1%	85,2%
OFICINA ASESORA GESTIÓN JURIDICA	9	11	100,0%	87,0%	97,9%	97,8%	97,1%
OFICINA ASESORA COMUNICACIONES	8	8	100,0%	100,0%	100,0%	99,1%	99,1%
CALIDAD	13	13	98,5%	98,1%	99,9%	99,4%	99,8%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y TICS	15	15	100,0%	98,7%	96,8%	99,7%	99,3%
GESTION DEL CONOCIMIENTO	8	8	83,3%	89,7%	95,7%	97,5%	97,5%
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	11	11	88,1%	99,3%	86,6%	100,0%	98,8%
<b>CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO ESTRATÉGICO</b>			<b>93,7%</b>	<b>93,1%</b>	<b>94,8%</b>	<b>98,7%</b>	<b>96,7%</b>

*Fuente: Matriz General Planes Operativos por Procesos e Informe POA corte vigencia 2022 -Oficina Asesora Desarrollo Institucional*

**OBSERVACIONES:** En la imagen anterior se puede evidenciar el cumplimiento trimestral de cada uno de los procesos que conforman el **Macroproceso Estratégico**: Oficina Asesora Desarrollo Institucional: 85.2%, oficina asesora Gestión Jurídica 97.1%, Oficina Asesora Comunicaciones 99.1%, Calidad 99.85%, Gerencia de la Información y TICS 99.3%, Gestión del Conocimiento 97.5%, Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 98.8%, para un total global de alcance del proceso a diciembre 2022 de **96.7%**.

<b>MACROPROCESO MISIONAL</b>					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
Servicios Ambulatorios Metas: 6 Indicadores: 12 <b>Cumplimiento Anual: 92.4%</b> Ponderación: 100%	97.0%	87.4%	90.5%	91.5%	<p><b>Meta 1:</b> Indicador: <u>“Cumplir con la Oportunidad en la atención de las especialidades básicas en la subred: Medicina General 3 días”</u>, este indicador presentó porcentajes por encima del esperado, (3 días). Para el mes de marzo oportunidad a 3,962 días, abril 6,293 días, mayo 5,371 días y en este mismo promedio se presentó el resto del año, a excepción de los meses de enero, febrero y diciembre, donde la oportunidad estuvo dentro de los tres días establecidos por normatividad. El cumplimiento anual fue del 68%.</p> <p><b>Observaciones:</b> El proceso implementa acciones correctivas frente al incumplimiento, entre las que se encuentran: Estrategias frente a la cancelación y reprogramación de citas, acercamiento con los usuarios y sensibilización en deberes relacionados con el cumplimiento de las citas y disminución de inasistencias, entre otras, lo que permitió una disminución en el número de días que se venían manejando, hasta llegar a tener en el mes de diciembre un reporte de 2.74 días.</p> <p><b>Meta 2:</b> Indicador: <u>“Disminuir en un 1% la inasistencia en la consulta programada de los servicios ambulatorios.”</u> Este indicador presentó incrementos sobre el nivel esperado (13%), de esta forma tenemos</p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

					<p>que: Primer trimestre: 14%, segundo trimestre 14%, tercer trimestre 17% y cuarto trimestre 14%, para un cumplimiento anual del 83%.</p> <p><b>Observaciones:</b> Teniendo en cuenta el aumento de la inasistencia, el proceso implementa estrategias como los mensajes de recordación por parte del Contac Center, sensibilización a los usuarios en salas de espera con la oficina de servicio al ciudadano y participación social y llamada de recordación el día anterior por parte de la central de agendamiento a las especialidades críticas, con lo que logra el proceso mantenerse en la línea del 14% y 15%.</p>
<p><b>Servicios de Urgencias</b>          Metas: 8          Indicadores: 8  <b>Cumplimiento Anual: 94.1%</b>          Ponderación: 100%</p>	100%	98.5%	90.5%	88.9%	<p><b>Meta 7:</b> <u>"Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso."</u> El indicador de esta meta presentó disminución sobre el nivel esperado (95%), durante los meses de: junio 83%, cumplimiento de 15 de 18 acciones, septiembre 23%, con cumplimiento de 3 de 13 acciones registradas para el tercer trimestre, para el cuarto trimestre el proceso cumple con la totalidad de las acciones de mejora propuestas, alcanzando un cumplimiento del 100% para el trimestre y un 76% en el resultado anual.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p> <p><b>Meta 8:</b> <u>"Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos."</u> El indicador de esta meta presentó disminución sobre el nivel esperado (90%), en el mes de diciembre 11%, con el cumplimiento del cargue de 1 de los 9 controles asociados a sus riesgos, arrojando un resultado final anual del 72%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p>
<p><b>Servicios Hospitalarios</b>          Metas: 16          Indicadores: 16  <b>Cumplimiento Anual: 100%</b>          Ponderación: 100%</p>	100%	99.6%	100%	100%	<p><b>Meta 4: Indicador:</b> <u>"Evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados (ambulatorios y hospitalarios)."</u> El indicador de esta meta presentó disminución sobre el nivel esperado (90%), durante los meses de: junio 89%, septiembre 87%, y diciembre 87%, para un resultado anual del 90%.</p> <p>Frente a la evaluación que se realiza para la verificación de la aplicación de la guía fueron tomadas en el cuarto trimestre los 231 registros de notificación por ideación suicida del reporte sigviga SISVECOS, donde se revisa el total de historias clínicas (231), encontrándose que en 31 de ellas no hay registro de interconsulta o consulta por algunas de las especialidades requeridas como psiquiatría, psicología</p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

					<p>o trabajo social, por lo cual no cumplen con los criterios al momento de aplicarse la guía.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<p><b>Servicios Complementarios</b>          Metas: 7          Indicadores: 14  <b>Cumplimiento Anual: 99%</b>          Ponderación: 100%</p>	99.9%	96.5%	98.2%	99.8%	<p><b>Meta 4:</b> Indicador: “<u>Oportunidad de TAC en el Servicio de Hospitalización, Menor a 6 horas.</u>”, se evidenció un incremento en el número de horas establecidos para el cumplimiento a la oportunidad en el mes de agosto con 9 horas, debido a las intervenciones de mantenimientos preventivos y correctivos, efectuadas al tomógrafo, solicitados por el proveedor, así mismo se continúa con desabastecimiento de medio de contraste llevando a reprogramar a los usuarios para tomografía contrastadas.</p> <p><b>Meta 4:</b> Indicador: “<u>Oportunidad de TAC en el Servicio de Urgencias Menor a 4 horas.</u>”, se evidenció un incremento en el número de horas establecidas para el cumplimiento a la oportunidad, donde esta estuvo por encima de las 5 horas y 33 minutos, en los meses de enero y febrero.</p> <p><b>Meta 4:</b> Indicador: “<u>Oportunidad de TAC en el Servicio Ambulatorio Menor a 15 días.</u>”, se evidenció un incremento en el número de días establecidos para el cumplimiento a la oportunidad, esto para los meses de: Marzo 17 días, mayo 23 días, junio 34 días, julio 28 días, octubre 18 días y diciembre 20 días, los principales factores que influyeron al incumplimiento de la oportunidad se tienen: Ajustes en el sistema de información, se solo contó con un tomógrafo para la atención de pacientes de todos los servicios y el desabastecimiento del medio de contraste.</p> <p><b>Observaciones:</b> Frente al incumplimiento del indicador oportunidad de TAC, servicios ambulatorios, el proceso implementó acciones correctivas: Continuar con la gestión para el licenciamiento del tomógrafo Meissen y Apertura del servicio de tomografía de unidad de Meissen a partir del 01 de octubre, esto permitió que para el mes de noviembre la oportunidad de la atención se diera dentro de diez días, pero nuevamente en el mes de diciembre llega hasta los 20 días, debido al desabastecimiento del medio de contraste, Sin embargo se garantizó el medio de contraste a usuarios de urgencia vital. Se realizó apertura de la agenda en la Unidad de Meissen con ampliación de las horas ofertadas para estudios simples.</p>
<p><b>Gestión del Riesgo de Salud</b>          Metas: 11          Total, Indicadores: 19  <b>Cumplimiento Anual: 95.6%</b>          Ponderación: 100%</p>	98.2%	96.6%	97.1%	92.0%	<p><b>Meta 4:</b> “<u>Cumplir con la cobertura útil de biológicos de vacunación al 95%.</u>”. Indicador: “<u>Porcentaje de Coberturas de vacunación BCG</u>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que a lo largo del año 2022, el cumplimiento estuvo entre los</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

					<p>porcentajes de: 56, 74, y 85%, alcanzado un global al final el año del 73%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p> <p><b>Meta 4:</b> <u>“Cumplir con la cobertura útil de biológicos de vacunación al 95%.”</u>. Indicador: <u>“Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 1”</u>, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que a lo largo del año 2022, el cumplimiento estuvo entre los porcentajes de: 65, 70, 74, y 87%, alcanzado un global al final el año del 76%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p> <p><b>Meta 6:</b> <u>“Captar el 75% de las gestantes antes de la semana 12.”</u>. Indicador: <u>“Porcentaje de captación Temprana de gestantes antes de la semana 12 al control prenatal”</u>, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 66%, evidenciándose que a lo largo del año 2022, el cumplimiento estuvo entre los porcentajes de: 51, 61, 72, y 78%, alcanzado un global al final el año del 70%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p>
--	--	--	--	--	---

**CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MACROPROCESO MISIONAL**

PROCESOS	# METAS	# INDICADORES	% CUMPLIMIENTO				
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ANUAL
D. SERVICIOS DE URGENCIAS	6	12	100,0%	98,5%	90,5%	88,9%	94,1%
D. SERVICIOS DE AMBULATORIOS	8	8	97,0%	87,4%	90,5%	91,5%	92,4%
D. SERVICIOS HOSPITALARIOS	16	16	100,0%	99,6%	100,0%	100,0%	100,0%
D. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	7	14	99,9%	96,5%	98,2%	99,8%	99,0%
D. DE GESTIÓN DEL RIESGO DE SALUD	16	19	98,2%	96,6%	97,1%	92,0%	95,6%
<b>CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO MISIONAL</b>			<b>99,0%</b>	<b>95,7%</b>	<b>95,3%</b>	<b>94,4%</b>	<b>96,2%</b>

*Fuente: Matriz General Planes Operativos por Procesos e Informe POA corte vigencia 2022 -Oficina Asesora Desarrollo Institucional*

**OBSERVACIONES:** En la imagen anterior se puede evidenciar el cumplimiento trimestral de cada uno de los procesos que conforman el **Macroproceso Misional**: Servicio de Urgencias: 94.1%, Servicios Ambulatorios 92.4%, Servicios Hospitalarios 100%, Servicios Complementarios 99.0%, Gestión del Riesgo en Salud 95.6%, para un total global de alcance del proceso a diciembre 2022 de **96.2%**.



MACROPROCESO DE APOYO					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
<p><b>Gestión Administrativa</b> Metas: 12 Indicadores: 16 Cumplimiento Anual: 99.8% Ponderación: 100%</p>	99.9%	99.7%	99.5%	99.5%	<p><b>Meta 5:</b> “Cumplir con el 90% en la oportunidad de respuesta a los requerimientos de mantenimiento correctivo de infraestructura establecidos en mesa de ayuda priorizando: Urgente – 1 Hora, Prioritario – 24 horas, Programable - mayor a 720 horas.” Indicador: “Oportunidad de respuesta a los requerimientos e incidencia identificados como Urgente en mesa de ayuda mantenimiento de infraestructura. (Urgente – 1 Hora).”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que para los meses de enero y febrero el cumplimiento fue del 89 y 87% respectivamente. Los meses siguientes el cumplimiento estuvo sobre el 100%, lográndose así un global al final el año del 94%.</p>
<p><b>Gestión Financiera</b> Metas: 8 Indicadores: 8 Cumplimiento Anual: 98.4% Ponderación: 100%</p>	92.7%	96.4%	97.6%	96.9%	<p><b>Meta 4:</b> “Resultado al 100% del equilibrio presupuestal con recaudo.”. Indicador: “Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que, a lo largo del año 2022, el cumplimiento estuvo entre los porcentajes de: 5, 13, 18, 69, 88 y 100%, en los meses de julio a diciembre, alcanzado un global al final el año del 82%.</p> <p><b>Meta 8:</b> “Costos y Gastos / Recaudo de la vigencia más CxC = 1”. Indicador: “Porcentaje de los costos de personal y gastos generales sobre costos totales.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose cumplimientos del 87% en el segundo trimestre y 86% en el tercer trimestre, alcanzado un global al final el año del 88%.</p> <p><b>Evaluación anual:</b> Se encuentra en estado pendiente dado que el indicador 7 y 8 se calculan con el informe de costos que se encuentra en periodo de elaboración.</p>
<p><b>Gestión Documental</b> Metas: 9 Indicadores: 11 Cumplimiento Anual: 98.6% Ponderación: 100%</p>	98.4%	96.5%	94.1%	98.6%	<p><b>Meta 4:</b> Indicador: “Porcentaje de Cumplimiento de las capacitaciones programadas en la Vigencia en Tablas de Retención Documental.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, teniendo en cuenta la evaluación efectuada, tenemos que en el mes de enero se logra un porcentaje del 50%, abril 0%, septiembre 50%, el resto de los meses el cumplimiento está sobre el 100%, con lo que se logra el cumplimiento de la meta.</p> <p><b>Meta 5:</b> Indicador: “Porcentaje de comunicaciones oficiales recibida, tramitada y descargada a través del aplicativo Orfeo.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose cumplimientos del 89% en el primer trimestre y 86%, segundo trimestre 65%, tercer trimestre 47%, cuarto trimestre 87%, alcanzado un global al final el año del 87%.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>		
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>	

					<p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<p><b>Gestión Ambiental</b> Metas: 8 Indicadores: 8 <b>Cumplimiento Anual: 100%</b> Ponderación: 100%</p>	100%	100%	100%	100%	<p><b>Meta 3:</b> “<u>Mantener el consumo per cápita del agua igual o por debajo de 0.17 m3/persona -Anual</u>”. Indicador: “<u>Comportamiento del Consumo del agua</u>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 0.17%, evidenciándose que, a lo largo del año 2022, el cumplimiento estuvo entre los porcentajes de: 0.097, 0,089, 0.091, 0.12, resultados con los que logró el cumplimiento de la meta.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<p><b>Gestión de Contratación</b> Metas: 9 Indicadores: 10 <b>Cumplimiento Anual: 94.4%</b> Ponderación: 100%</p>	92.1%	88.6%	96.8%	97.4%	<p><b>Meta 9:</b> “<u>Lograr mínimo al año un 75% de reintegros de saldos certificados por el supervisor no ejecutados en Contratos de Bienes y Servicios (REINTEGRO DE DEPURACIÓN \$2.278.008.552)</u>”. <b>Indicador:</b> “<u>Porcentaje de contratos de B y S, con reintegros de saldos al presupuesto</u>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose porcentajes trimestrales de 12, 41, 65 y 82%, con un alcance global final del 82%.</p> <p><b>Observaciones:</b> No se cuenta con las acciones correctivas del proceso frente al indicador que presentó cumplimiento por debajo de nivel esperado.</p>
<p><b>Gestión del Talento Humano</b> Metas: 15 Indicadores: 15 <b>Cumplimiento Anual: 99.7%</b> Ponderación: 100%</p>	95.2%	99.5%	99.1%	99.9%	<p><b>Meta 4:</b> “<u>Cumplir al 95% con las actividades definidas en la estrategia de conflicto de interés</u>”. Indicador: “<u>Porcentaje de cumplimiento de la Estrategia Conflicto de Interés</u>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose cumplimientos en el primer trimestre del 82% y tercer trimestre 86%.</p> <p><b>Meta 8:</b> “<u>Lograr un cumplimiento del 92% del Plan de Acción del Código de Integridad</u>”. <b>Indicador:</b> “<u>Porcentaje de Cumplimiento del Plan de acción del Código de integridad</u>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose cumplimientos en los meses de febrero 63%, marzo 75% y julio 80%.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

**CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL MACROPROCESO DE APOYO**

PROCESOS	# METAS	# INDICADORES	% CUMPLIMIENTO				
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ANUAL
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	12	16	99,9%	99,7%	99,5%	99,5%	99,8%
GESTIÓN FINANCIERA	8	8	92,7%	96,4%	97,6%	96,9%	98,4%
GESTIÓN DOCUMENTAL	9	11	98,4%	96,5%	94,1%	98,6%	98,6%
GESTIÓN AMBIENTAL	8	8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	9	10	92,1%	88,6%	96,8%	97,4%	94,4%
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	15	15	95,2%	99,5%	99,1%	99,9%	99,7%
<b>CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO DE APOYO</b>			<b>95,7%</b>	<b>96,8%</b>	<b>97,9%</b>	<b>98,7%</b>	<b>98,5%</b>

*Fuente: Matriz General Planes Operativos por Procesos e Informe POA corte vigencia 2022 -Oficina Asesora Desarrollo Institucional*

**OBSERVACIONES:** En la imagen anterior se puede evidenciar el cumplimiento trimestral de cada uno de los procesos que conforman el **Macroproceso De Apoyo**: Gestión Administrativa: 99.8%, Gestión Financiera 98.4%, Gestión Documental 98.6%, Gestión Ambiental 100%, Gestión de Contratación 94.4%, para un total global de alcance del proceso a diciembre 2022 de **98.5%**.

<b>MACROPROCESO DE EVALUACIÓN</b>					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
<b>Control Interno Disciplinario</b> Metas: 6 Indicadores: 6 <b>Cumplimiento Anual: 100%</b> Ponderación: 100%	100%	100%	100%	100%	<p><b>Meta 5:</b> “Responder el 100% de las PQR”. <b>Indicador:</b> “Porcentaje de respuesta de PQR (Peticiónes, Quejas y Reclamos) elevadas por los diferentes entes de control y por los particulares.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose cumplimientos por encima de 90% a lo largo de todo el 2022.</p> <p><b>Meta 6:</b> “Capacitar al 80% de los servidores públicos y colaboradores de acuerdo a su vinculación y al marco legal que les rige para minimizar las conductas disciplinarias.”. <b>Indicador:</b> “Porcentaje de Servidores públicos y/o colaboradores capacitados según cronograma.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que, para el mes de enero, el cumplimiento fue del 65% y para el resto del año se dio cumplimiento del 100%.</p> <p><b>Observaciones:</b> Se evidenció cumplimiento satisfactorio de los indicadores.</p>
<b>Control Interno</b> Metas: 5 Indicadores: 5 <b>Cumplimiento Anual: 97.3%</b> Ponderación: 100%	97.8%	95.8%	96.1%	98.6%	<p><b>Meta 4:</b> “Incrementar en 3% el resultado del informe parametrizado de Sistema de Control Interno a partir de la línea base de 72%”. <b>Indicador:</b> “Resultado del Informe parametrizado del SCI.”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 0.17%, Con corte a 30 de junio de 2022, se realizó evaluación del sistema de control interno correspondiente al I semestre de la vigencia 2022, con un resultado de 82% Se está realizando actualmente la del segundo semestre de 2022, aquí se puede evidenciar el incremento del 3% esperado sobre la línea base 72%.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

					<p><b>Meta 5:</b> “<i>Cumplir mayor o igual al 95% la ejecución del Programa Anual de Auditorías de Control Interno</i>”. <b>Indicador:</b> “<i>Porcentaje de Cumplimiento del Programa Anual de Auditorías de Control Interno</i>”, este indicador tiene un nivel satisfactorio del 90%, evidenciándose que frente al primer trimestre se logra la ejecución de 10 de 11 informes 91%, segundo trimestre 21 de 28 informes 75%, tercer trimestre 16 de 20 informe 80%, cuarto trimestre 23 de 26 informes 88%, para un cumplimiento global del 82%.</p> <p><b>Observaciones:</b> <b>Observaciones:</b> El proceso implementa acciones correctivas frente para el indicador, entre las que se encuentran: Seguimiento mensual al avance de las actividades asignadas, delimitación del alcance en las auditorías en desarrollo y revisión de cronograma detallado, requerimiento previo de la información a fecha de apertura de auditoria y seguimiento por auditor a cumplimiento de fecha de compromiso de entrega por el proceso auditado, lo que permitió un incremento gradual en el porcentaje de cumplimiento, llegando de esta forma al 97.3% de cumplimiento.</p>
--	--	--	--	--	---

### CUMPLIMIENTO GLOBAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL

PROCESOS	# METAS	# INDICADORES	% CUMPLIMIENTO				
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ANUAL
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	6	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
CONTROL INTERNO	5	5	97,8%	95,8%	96,1%	98,6%	97,3%
<b>CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO DE EVALUACIÓN</b>			<b>98,9%</b>	<b>97,9%</b>	<b>98,1%</b>	<b>99,3%</b>	<b>98,7%</b>

Fuente: Matriz General Planes Operativos por Procesos e Informe POA corte vigencia 2022 -Oficina Asesora Desarrollo Institucional

**OBSERVACIONES:** En la imagen anterior se puede evidenciar el cumplimiento trimestral de cada uno de los procesos que conforman el **Macroproceso De Evaluación y Control**: Control Interno Disciplinario: 100%, Control Interno 97.3%, para un total global de alcance del proceso a diciembre 2022 de **98.7%**.

### 7. CONCLUSIÓN

Al verificar el cumplimiento de acuerdo con la información reportada por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional sobre el cumplimiento promedio de los planes operativos se estableció que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, alcanzo una calificación promedio para los 20 procesos de 97.52% para la vigencia 2022, reflejando un incremento del 2.91% con respecto al resultado obtenido en el año 2021 del 94.61%, evidenciando la consecución de la mayoría de los productos esperados por cada meta.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY</b>	<b>CIN-FT-03 V2</b>

**8. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a cada proceso realizar acciones de autoevaluación y seguimiento de manera mensual a las metas asociadas a fin de formular acciones para disminuir riesgos frente a posibles incumplimientos con oportunidad.
- Continuar fortaleciendo la socialización al interior del proceso, de los objetivos y metas asociados, con el fin de que los colaboradores conozcan oportunamente los resultados y aúnen esfuerzos en pro de su cumplimiento.
- Continuar fortaleciendo las herramientas de control diseñadas desde la Oficina Asesora de Desarrollo institucional para cada proceso y aplicadas al momento de identificar desviaciones, dentro de la oportunidad requerida.
- Continuar liderando la apropiación de la documentación (procedimientos, instructivos, manuales, formatos) con la que cuentan los procesos, a fin de que sea conocida y aplicada por todos los colaboradores de la entidad.

Atentamente,



**ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO.**  
 Jefe Oficina de Control Interno.

Funcionario /Contratista	Nombre	Firma
Proyectado por:	María de la Cruz Terán Álvarez Profesional Contratista Especializado.	
Revisado por:	Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe Oficina de Control Interno	