

**INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E. DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019****1. CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2019****Presentación y aprobación Programa Anual de Auditoría vigencia 2019**

Con fecha 30 de enero de 2019, se reunió el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Subred Sur, con el fin de presentar el Plan Anual de Auditoría de la OCI, Política del Sistema de Control Interno, Política de Gestión del Riesgo, para su aprobación

El Comité no sesiono el 23 de enero de 2019, fecha programada, por cruce de agenda de la mayoría de los integrantes al Comité, por lo tanto se reprogramo para el 30 de enero de 2019.

Una vez conformado el quórum para sesionar, se puso a consideración los siguientes documentos:

- a. Plan Anual de Auditoría 2019**
- b. Lectura y Aprobación Política del Sistema de Control Interno**
- c. Lectura y Aprobación Política de Gestión del Riesgo**

Los temas después de ser discutidos uno a uno, fueron aprobados por unanimidad de los miembros

La segunda sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno fue convocada para el 10 de julio de 2019, para presentar:

- a. Ejecución y avance del PAA-2019, correspondiente al primer semestre
- b. Modificación del PAA – 2019, por inclusión de 2 auditorías (Atención Integral en Salud- Proceso Ejecución de alternativas para el cuidado de la salud – Paciente Trazador. Atención Integral en Salud – Proceso Evaluación del Impacto en Salud- Vigilancia en Salud Pública) y 4 informes (Directiva Nacional 01/15, Gestion Judicial Resolución 104/18- Secretaria Jurídica, Mapa de Riesgos de Corrupción, Seguimiento Planes de Mejora de entes externos, dado el aumento de recurso humano en la Oficina de Control Interno.
- c. Aprobación Ajuste a Política de Gestión del Riesgo por lineamientos MIPG.

Lo anterior aprobado por unanimidad de los asistentes

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, se actualizó el reglamento y funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Así mismo, se armonizó las funciones con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, mediante Resolución 1332 del 06 de Noviembre de 2019, la cual modificó la Resolución 0455 de 2018.

En el siguiente cuadro se puede evidenciar cumplimiento Plan Anual de Auditoría 2019 de la OCI.

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Auditoría Direccionamiento y Gerencia del Riesgo en Salud. Proceso Mejoramiento Institucional Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Baja Socialización de la Política y Plan de Acción.</p> <p>Incumplimiento a las metas propuestas.</p> <p>Rondas de Seguridad sin cronograma ni participación de líderes.</p> <p>Falta de Socialización de los eventos adversos Falta seguimiento a Ciclos de Mejora.</p> <p>Talento Humano insuficiente para dar cobertura al programa</p>	<p>Replantear la planeación y operatividad del Programa, involucrando y articulando, directores, líderes administrativos/misionales, profesionales de enlace, y referentes.</p> <p>Articular el Plan de acción de las mesas de acreditación, con la gestión de la Política de Seguridad del Paciente.</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las etapas de Valoración de los riesgos.</p>
Auditoría Direccionamiento y Gerencia del Riesgo en Salud. Proceso Gestión del Conocimiento – Docencia y Servicio – Perfil Enfermería	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Bajo aporte de estudiantes a Planes de Mejora, Normas Técnicas, Protocolos y Guías.</p> <p>No adherencia Lineamientos del Ministerio de Educación, Formatos y Convenios.</p> <p>No se realizan actas de liquidación de convenios al finalizar el periodo académico.</p> <p>No se evidencia gestión de la estrategia de MIPG.</p> <p>No se evidencia seguimiento por la Primera y Segunda línea de control a los Riesgos.</p>	<p>Dar a conocer el Proyecto de Investigación que tiene como meta el proceso Gestión del Conocimiento para dar cumplimiento al indicador postulado en Plan Operativo Anual.</p> <p>Se sugiere que la inducción general para estudiantes, sea específica para este grupo.</p> <p>Revisar la infraestructura de la oficina Gestión del Conocimiento, toda vez que es un medio favorable para el desarrollo de ácaros.</p>
Auditoría Direccionamiento y Gerencia del Riesgo en Salud. Proceso Comunicaciones	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Débil gestión en la implementación de MIPG.</p> <p>Fallas en la transversalidad y articulación del proceso.</p> <p>Falta impacto en el cliente interno.</p> <p>Deficiencias en la elaboración del Plan de Acción.</p>	<p>Trabajar de manera articulada con el proceso de Sistemas de la Información TICs.</p> <p>Cumplir los controles formulados para mitigar los riesgos del Proceso.</p> <p>Reformular encuestas internas y externas que cumplan los objetivos de la Política y Programa Estratégico de Comunicaciones.</p>
Auditoría Direccionamiento y Gerencia del Riesgo en Salud – Proceso de Contratación – Subproceso Contratación Bienes y Servicios	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>La entidad no aplicó los principios de economía y planeación en la etapa precontractual.</p> <p>No se cumple con el archivo y custodia de los comprobantes de egreso.</p> <p>Inadecuada labor de supervisión en los procesos contractuales.</p> <p>Incumplimiento con la entrega de dotación a los funcionarios de la entidad durante la vigencia 2019-1.</p>	<p>Tener en cuenta la carga laboral de aquellos que tienen supervisión, ya que el porcentaje de verificación es extenso e implica meticulosidad y esto puede causar un posible riesgo al no cumplir eficientemente con la supervisión y sus demás actividades propias del cargo.</p> <p>Los informes de supervisión deben ser claros, precisos y completos según el formato establecido por la entidad.</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Auditoria atención Integral en Salud – Proceso Ejecución de Alternativas para el cuidado de la salud – Paciente Trazador	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Incumplimiento Estándar: Registro y Evaluación Inicial de las Necesidades, Procesos Prioritarios Asistenciales, Registro e Ingreso, Seguridad del Paciente, Derecho de los Pacientes, Atención Ambulatorio y Hospitalario, Referencia y Contrareferencia, Salida y Seguimiento, Protocolo Higiene de Manos, Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.</p> <p>Incumplimiento al cronograma de actividades de los médicos del servicio de urgencias y piso 5º.</p>	<p>Reforzar el Programa de Seguridad del Paciente, a todo el personal.</p> <p>Aclarar desde el comité de historias clínicas, los riesgos en que se incurre al permitir que los estudiantes utilicen el usuario para que realizar anotaciones en los registros del módulo de historia clínica en Dinámica Gerencial.</p> <p>Concertar con los directores de servicio, profesionales de enlace, estrategias para no dejar los servicios descubiertos.</p> <p>Mejorar la calidad de la información brindada a los familiares y pacientes.</p> <p>Realizar mantenimiento a las áreas de mayor tráfico de la USS Tunal.</p> <p>Mejorar la calidad de los registros e información consignada de las Historias Clínicas</p>
Auditoria Atención Integral en Salud – Proceso Evaluación del Impacto en Salud- Paciente Trazador	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Rutas PIC-POS con bajo seguimiento a usuarios más vulnerables.</p> <p>En ruralidades perdida identidad cultural.</p> <p>Inadecuada implementación de MIPG, Mitigar Riesgos.</p> <p>No ejecución oportuna casos de mejora.</p> <p>Capacitaciones, lineamientos de SDS fuera de cronogramas establecidos.</p>	<p>Fortalecer la cultura de autoreporte con el fin de identificar riesgos y prioridades. Priorizar programas de impacto en zonas rurales, articulando espacios intramurales y extramurales.</p> <p>Capacitar a los colaboradores en el manejo actualizado de Guías y Protocolos.</p>
Auditoria Apoyo para la gestión del Riesgo en Salud – Proceso Gestion del Talento Humano – Subproceso Permanencia Laboral	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Incumplimiento actividades en la Herramienta FURAG.</p> <p>Incumplimiento Guía Administración del Riesgo y Diseño de Controles.</p> <p>Error en liquidación de nómina por incapacidad y recargo nocturno.</p> <p>Dificultad de medición y monitoreo indicadores de la Política Institucional de Gestión del Talento Humano y del Plan Operativo Anual.</p> <p>Incumplimiento Cronograma de Plan de Bienestar primer semestre/19.</p> <p>Desarticulación los componentes del Plan Estratégico de Talento Humano.</p> <p>Aprobación y realización actividades de Bienestar y Capacitación, sin acto administrativo.</p> <p>El Indicador N°2 del POA, no cumple con los criterios de eficacia y eficiencia.</p>	<p>Efectuar acciones a fin lograr la efectividad del Sistema de Información Dinámica Gerencial.</p> <p>Diseñar instructivo y/o procedimiento para garantizar que lo pagado por recargo nocturno y festivos sea lo efectivamente trabajado.</p> <p>Acorde con el informe de Contraloría, cumplir las actividades formuladas en el PM, relacionadas con el Plan de Bienestar.</p> <p>Seguimiento compromisos definidos en el Comité de Incentivos.</p> <p>Seguimiento a las actividades de pre-pensionados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.</p> <p>Corregir la paginación de las hojas 10, 11, 12 y 13 del Manual de Funciones publicado en la página web de la Entidad.</p> <p>Socializar las actividades de los componentes del Plan de Bienestar e Incentivos.</p> <p>Planeación y ejecución de la Auditoria Anual con el COPASST.</p> <p>Aplicar encuesta de caracterización de personal de planta.</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES												
Auditoria Apoyo para la gestión del Riesgo en Salud – Gestion Financiera – Subproceso Gestion de Gastos – Caja Menor	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	<p>Durante la ejecución de la auditoría, se indago lo relacionado con el retiro de efectivo, a lo que manifestaron los responsables que realizan retiros en la entidad bancaria (Banco Davivienda Tunal) permanentemente, lo que origina un alto riesgo de pérdida de los recursos monetarios, posible afectación del patrimonio institucional e integridad física de los responsables; además generar obligación tributaria a los mismos.</p> <p>A los siguientes comprobantes de egreso y facturas, se les practico las retenciones de Ley, los cuales no fueron consignados a Tesorería, siendo reconocidas como menor valor del gasto.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Comprobante</th> <th>FACTURA</th> <th>Proveedor</th> <th>Monto Reter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>391 Y 472</td> <td>1008531/ 1023480</td> <td>CERTICAMARAS</td> <td>\$ 5.870</td> </tr> <tr> <td>395</td> <td>I-1557</td> <td>INDECMEDIC</td> <td>\$ 2.118</td> </tr> </tbody> </table>	Comprobante	FACTURA	Proveedor	Monto Reter	391 Y 472	1008531/ 1023480	CERTICAMARAS	\$ 5.870	395	I-1557	INDECMEDIC	\$ 2.118	<p>Considerar la apertura de una caja menor que su destinación específica sea compra de medicamentos y material médico-quirúrgico.</p> <p>Viabilizar alternativas de retiro del efectivo, a través de mecanismos tecnológicos que disminuyan el riesgo de pérdida de los recursos monetarios.</p>
		Comprobante	FACTURA	Proveedor	Monto Reter										
		391 Y 472	1008531/ 1023480	CERTICAMARAS	\$ 5.870										
395	I-1557	INDECMEDIC	\$ 2.118												
<p>Incumpliendo lo establecido en la resolución interna No. 12 artículo 11.se subsano durante el cierre de la auditoría.</p>															
Informe sobre las Quejas, Sugerencias y Reclamos PQRS. Artículo 76 Ley 1474/11. II Semestre/18 Y I Semestre/19.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Se requiere que Control Interno Disciplinario, dé a conocer a la Oficina de Participación Social y Atención al Ciudadano, la directriz tomada frente a los casos de funcionarios con peticiones repetidas para el seguimiento de este tipo de quejas.</p> <p>Tomar medidas de seguridad para evitar hurtos o daños en equipos de la Institución.</p> <p>Fortalecer las charlas educativas, mediante ayudas didácticas que permitan llegar a todo tipo de usuarios y mejorar el porcentaje de adherencia.</p>												
Informe de Seguimiento al PM Gestion Documental- Decreto 106/15. 4º. Trimestre/18. I- II Trimestre/19.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Dar continuidad a las recomendaciones y recordar las implicaciones que conlleva el incumplimiento a las acciones previstas en el Plan de Mejoramiento.</p> <p>Coordinar con Seguridad y Salud en el Trabajo, el plan de emergencias, suscrito con la firma Internacional de Archivos S.A.S.</p> <p>Mantener actualizado el aplicativo Utilitario.</p>												

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe de Seguimiento al cumplimiento POA- OCI-I- II Trimestre/19 - (Acuerdo 2 Junta Directiva) a través de la herramienta diseñada	N/A	Se diligencia Matriz de Seguimiento POA por Procesos	N/A
Informe Evaluación Institucional por Dependencias – Artículo 39 Ley 909/14- Decreto 648/17.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Disponer de herramienta de control para realizar seguimiento a la ejecución del Plan Operativo Anual. Los líderes conozcan el POA y hagan parte de los compromisos funcionales.
Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno – Decreto 1499/17 –MIPG Seguimiento Aplicativo FURAG	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	Publicado en el aplicativo FURAG. En la página Web de la Subred Sur, se refleja el certificado de recepción de la información de la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del DAFP y la Evidencia del Diligenciamiento del Formulario.	N/A
Informe Control Interno Contable – CGN, Contaduría Distrital, Contraloría de Bogotá- CBN1019, Decreto 648/17.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Incluir en el Plan de Capacitación, temas específicos para el personal involucrado en el proceso contable. Seguimiento y actualización de riesgos que afectan el proceso contable.
Informe Derechos de Autor Software. Directiva Presidencial 02/12.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Fortalecer los mecanismos de control adoptados por la Entidad para el control del uso del software, de los equipos en uso. Verificar constantemente las actualizaciones de software.
Informe Rendición de Cuentas – Ley 489/98- Según requerimiento	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Cumplir con los lineamientos del Manual Único de Rendición de Cuentas establecido por DAFP. Implementar mecanismos para la canalización de PQRS de los puntos satélites. Dar cumplimiento a lo establecido en la Matriz Evaluación Sistema de Control Interno Contable de la Contaduría General de la Nación, punto rendición de cuentas numeral 28.
Informe Direccionamiento y Gerencia de Riesgo en Salud - Política Subproceso Humanización	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Hacer seguimiento riguroso a los Planes de Mejora contenidos en el aplicativo Utilitarios y Revisar los que no se han avanzado en acciones de mejora. Reforzar temas de Humanización al personal asistencial y/o que tenga contacto directo con usuarios.

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe Austeridad en el Gasto – 4º. Trimestre/18. I- II-III - Trimestre/19. Decreto 1068 de 2015	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Efectuar gestiones administrativas encaminadas a implementar procedimientos que permitan alertar oportunamente el comportamiento del gasto y cumplir las políticas de austeridad del mismo, en los conceptos: trabajo suplementario, horas extras - recargos nocturnos, prestación de servicios personales indirectos, adquisición de bienes y servicios, combustibles lubricantes y servicios públicos; en razón a que no se evidenció contención de estos.</p> <p>Mantener las estrategias de control del gasto establecidas en servicio telefonía celular y contratación servicios asistenciales, cuyos resultados mostraron disminución.</p> <p>Continuar con el fomento de la cultura de austeridad, en temas de cero papel, uso racional de servicios públicos, campaña de dejar equipos y luces apagadas, uso del agua, y reciclaje.</p>
Informe de seguimiento Gestion Financiera Plan de Adquisiciones. Decreto 648/17. I II- III - Trimestre 2019	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Efectuar las modificaciones presupuestales a fin de garantizar la ejecución programada en el Plan Anual de Adquisiciones.</p> <p>Revisar, actualizar y/o modificar cifras registradas en el Plan Anual de Adquisiciones, incorporando contratación de bienes, servicios y obras públicas, sin importar la modalidad de selección del proceso.</p>
Informe de Seguimiento - Gestión Financiera Ejecución Presupuestal – I-II-III- Trimestre 2019	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Diseñar y llevar a cabo un plan de choque a fin de lograr el incremento y mejoramiento del recaudo de cuentas por cobrar por concepto de Venta de Servicios.</p> <p>Depurar y/o girar las Cuentas por Pagar constituidas presupuestalmente especialmente las correspondientes a vigencias anteriores al año 2018.</p>
MIPG-Informe Pormenorizado de Control Interno - Noviembre/18 a Febrero/19. I-II Cuatrimestre/19 . Ley 147/11	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Fortalecer la adherencia del Modelo MIPG, en torno a la Primera y Segunda Línea de Defensa</p> <p>Articulación de los Sistemas de Gestion en Salud con el Modelo MIPG.</p> <p>Cumplir lo establecido en el plan de adecuación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión Distrital.</p> <p>Fortalecimiento de la Cultura Organizacional y del Autocontrol entorno al funcionamiento de la entidad y su importancia en la prestación de servicios de Salud</p>
Informe de Seguimiento Directiva 003/13 – Alcaldía de Bogotá.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	<p>Identificar los elementos de perdida frecuente, y socializarlo en el Comité de Inventarios.</p> <p>Adelantar acciones para aprobación y validación de las Tablas de Retención Documental (TDR).</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe participación de la mujer en los niveles decisorios – cuotas partes Ley 581/2000-	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	N/A
Informe Directiva Nacional 01/15. Actos de Corrupción	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	N/A
Informe de Gestion Judicial, Resolución 104/18- Secretaria Juridica Distrital art. 30 – SIPROJ-WEB.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	La oficina de Control Interno, reitera la obligatoriedad de tener en cuenta la normatividad expedida en el marco de la Defensa Judicial del Estado.
Capacitación Tercera Línea de Defensa MIPG – Según requerimiento	Archivo CD	Capacitación a Líderes de diferentes Procesos.	N/A
Monitoreo Políticas Institucionales – Operativas	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	El proceso de contratación se rige por el manual de contratación Resolución 396/17 Utilizar en la construcción de nuevos indicadores estrategias que cuenten con las características (claro, relevante, económico, medible, adecuado sensible). La Política de prestación de servicios presenta un indicador denominado porcentaje de indicadores que presentan cambio positivos en su comportamiento – formula: Total indicadores con cambio positivo /total indicadores trazadores.
Informe Seg. Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información pública. Ley 1712/14	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Se reitera la socialización, capacitación de la norma de Transparencia y derecho de acceso a la información pública a todos los servidores.

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe de Seguimiento PAAC-III Cuatrimestre/18. I-II -III - Cuatrimestre/19. Decreto 124/16 art. 2146. Ley 1474/11 art.73	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno .	N/A	Continuar la ampliación de coberturas de difusión de la Política del Sistema Integral de Administración de Riesgos. Tener en cuenta igual información (coincidencia) registrada en el SUII y publicada en la página WEB link de Transparencia. Socializar los resultados de RdC, PM, seguimiento a compromisos y evaluación del aporte de la RdC.
Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo – Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional- I- II Cuatrimestre 2019.	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Emitir lineamientos precisos para los riesgos operativos de corrupción: contratación, defensa jurídica y seguridad digital. Fortalecer los controles para mitigar riesgos judiciales, contractuales, financieros, administrativos, de seguridad y privacidad de la información, legales o de cumplimiento, de imagen o confianza. Fortalecer el conocimiento y apropiación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano de los colaboradores de la entidad.
Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo- Mapa de Riesgo Institucional I-II-Cuatrimestre 2019	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Ajustar la ficha del indicador para evidenciar el cumplimiento del POA. Seguimiento a compromisos del comité PIGA. Reformular el indicador de eficacia, teniendo en cuenta la mejora en la optimización del aplicativo de nómina. Implementar ficha del indicador de oportunidad en términos de respuesta de petición y tutelas. Formular PM a las desviaciones en la lectura de rayos X y TAC. Evaluación y Seguimiento a las acciones correctivas implementadas, a los diferentes procesos.
Visita Técnica Verificación Plan Contingencia por cierre Acceso al Servicio de Urgencias USS El Tunal	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	Incumplimiento a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente. Señalización inadecuada y deficiente para guiar a los usuarios Ruta Sanitaria inadecuada. Insuficiente Talento Humano para orientar el ingreso, desplazamiento y egreso a los servicios. Riesgo clínico en el manejo de urgencias vitales	verificar el cumplimiento del contrato de obra Reevaluación inmediata al plan de contingencia Fortalecer el cumplimiento del manual de Procesos y procedimientos. Socializar el Plan de contingencia al interior de la Entidad.
Visita Técnica Verificación Plan Contingencia por cierre Acceso al Servicio de Urgencias USS El Tunal	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	Incumplimiento a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente. Señalización inadecuada y deficiente para guiar a los usuarios Ruta Sanitaria inadecuada. Insuficiente Talento Humano para orientar el ingreso, desplazamiento y egreso a los servicios.	verificar el cumplimiento del contrato de obra Reevaluación inmediata al plan de contingencia Fortalecer el cumplimiento del manual de Procesos y procedimientos. Socializar el Plan de contingencia al interior de la Entidad.

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento por procesos	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	
Seguimiento PM Contraloría de Bogotá- Decreto 648/17- Según Requerimiento	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Teniendo en cuenta el cierre de gestión, se hace necesario llamar la atención a todos los procesos, para presentar avances de las acciones planteadas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría, a fin de registrar dichos avances y solicitar el cierre anticipado de los hallazgos.
Seguimiento al Protocolo COM-ADI-PAT-PT-01V3- Custodia, Almacenamiento e Incineración de Evidencias	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Realizar estudio técnico y legal frente al protocolo aprobado COM-ADI-PAT-PT-01V3, incorporando al procedimiento un representante de Gestión Ambiental.
Política del sistema de Control Interno	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	N/A
Seguimiento cumplimiento actividades Macroproceso Gestion del Conocimiento	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Se tomen los hallazgos como oportunidades de mejora Plantear adecuada formulación a los indicadores Determinar acciones de mejora para la captura, almacenamiento, transformación y accesibilidad que den cumplimiento a los lineamientos de MIPG.
CB-O402S- PM -Seguimiento Entidad Contraloría	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN. Formulario electrónico CB-0402S: PLAN DE MEJORAMIENTO - SEGUIMIENTO ENTIDAD 2019-02- 13.
Informe de Gestion de la oficina de Control Interno - (CBN- 1038, Cuenta Anual Contraloría de Bogotá	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Los Lideres deben fortalecer la Cultura de Control Definir estrategias para el Seguimiento y Evaluación a la implementación y efectividad de Políticas de la entidad.
Verificación cumplimiento Política de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno	N/A	Revisar la fórmula de encuestas a aplicar en cada una de las unidades de atención. Establecer medidas y acciones para mejoramiento continuo.

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>Seguimiento compromisos Comité de Archivo</p>	<p>http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno</p>	<p>N/A</p>	<p>Cumplir las Obligaciones Contractuales del Convenio suscrito con el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público y el Hospital el Tunal. Realizar plan estratégico en el Archivo de Historias Clínicas del Bravo Páez, para evitar duplicidad documental. Solicitar visita de Salud Pública al archivo del Bravo Páez, para evitar riesgo biológico. Valorar los puestos de trabajo y establecer los elementos de Seguridad Industrial que se requieren.</p>
<p>Informe de Seguimiento implementación y actualización del Comité Sostenibilidad Contable</p>	<p>http://www.subredsur.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno</p>	<p>N/A</p>	<p>Teniendo en cuenta lo establecido en el Parágrafo 2 del artículo Tercero de la Resolución DDC-000003 de 2018, expedida por la Contaduría General de Bogotá, se requiere actualizar la Resolución de Comité Técnico de Sostenibilidad Contable, en lo correspondiente a la invitación permanente con Voz pero sin derecho a voto del Jurídico que tenga la competencia funcional sobre el tema de analizar. Revisar y actualizar el acto administrativo del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable, conforme a lo que establece los lineamientos emitidos en la DDC-000003 de 2018 de la misma entidad.</p>

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CICLOS DE MEJORA DERIVADOS DE LAS AUDITORIAS REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA 2018 Y 2019.

La Oficina de Control Interno durante las vigencias 2018 y 2019 adelantó las auditorías programadas en el PAA – Plan Anual de Auditorias a procesos y subprocesos, las cuales derivaron en la formulación de hallazgos y planes de mejora propuestos por los procesos auditados; dentro de los criterios evaluados se encuentran los siguientes:

1. Política del proceso o subproceso evaluado.
2. Indicadores del POA.
3. Mapa de Riesgos.
4. Planes de Mejoramiento.
5. Código de Integridad.

Para el presente informe se realizó seguimiento a los planes de mejora vigentes entre los procesos y la Oficina de Control Interno a través de la verificación en el aplicativo Utilitario y las diferentes reuniones de seguimiento de las auditorías internas y de entes de control.

Mediante Oficio OCI-386, OCI-387, OCI-388, OCI-389, OCI-390 y OCI-391 fecha noviembre 5 de 2019, la oficina de control interno recordó a los diferentes procesos auditados el compromiso adquirido en Junta Directiva de gestionar los Planes de Mejora y dar cumplimiento al 100% de sus acciones.

1. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre los meses de marzo y abril de 2019 el subproceso Gestion Clínica Excelente y Segura – Programa Seguridad del Paciente fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno cuyo alcance fue: "...desde los lineamientos normativos, revisión del enfoque publicado en la intranet, implementación de la Política vigencia 2018, hasta el cierre de los ciclos de mejora formulados, enmarcados en las líneas de intervención, buenas prácticas y sistema de gestión de las fallas en la prestación de los servicios misionales..."

Con seguimiento a Diciembre 31 de 2019:

Nº HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE Septiembre 30 de 2019	% DE AVANCE Noviembre 20 de 2019	% DE AVANCE A DICIEMBRE 31 DE 2019
14	1848	07/05/2019	31/05/2019	75%	75%	75%
	1934	07/05/2019	31/05/2019	50%	75%	75%
	349	07/05/2019	08/05/2019	50%	50%	50%
	5215	07/05/2019	31/05/2019	75%	75%	75%
	5216	07/05/2019	31/05/2019	25%	25%	75%
	5217	15/05/2019	31/12/2019	75%	75%	75%
	5218	15/05/2019	31/12/2019	0%	0%	50%
	5219	07/05/2019	31/05/2019	100%	100%	100%
	5220	10/05/2019	01/06/2019	50%	75%	75%
	5221	05/05/2019	01/06/2019	0%	75%	75%
	5222	15/05/2019	31/12/2019	0%	50%	50%
	5223	15/05/2019	31/12/2019	25%	25%	25%
	5224	07/05/2019	31/12/2019	75%	75%	75%
	5225	30/06/2019	31/12/2019	25%	25%	25%

Derivado de esta auditoría, se generó un Plan de Mejora cuyo seguimiento a diciembre 31 de 2019 mostró los siguientes resultados:

- OM: 1848, 1934, 349, 5215, 5217, 5219, 5220, 5221, 5222, 5223, 5224, 5225 no presentaron avances desde el último seguimiento.
- OM: 5216 Y 5218 presentaron avances.

Con corte al 31 de diciembre de 2019 todas las acciones se encuentran vencidas.

2. CUENTAS MEDICAS

Durante el segundo semestre del año 2018, se realizó auditoría al proceso Apoyo para la Gestión del Riesgo en Salud – Cuentas médicas- cuyo alcance fue: “*Estudio de los riesgos reales o potenciales producidos por los eventos adversos sobre las glosas aplicadas a la facturación de los meses de enero a junio de 2018 de los servicios de internación de la USS Meissen y Tunal, así como la forma en que el control sobre los eventos adversos impacta el cumplimiento de las políticas institucionales trazadas en el área financiera y de seguridad del paciente.*”.

Derivado de esta auditoría se generó un Plan de Mejora el cual muestra los siguientes avances con fecha diciembre 31 de 2019:

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE diciembre 31 de 2019
5	2954	07/01/2019	10/04/2019	100%
	2955	15/01/2019	01/04/2019	75%
	2956	07/01/2019	10/03/2019	100%
	2957	07/01/2019	10/03/2019	0%
	2958	15/01/2019	01/04/2019	100%

Al verificar en el aplicativo Utilitario, se observa cumplimiento del 100% en las acciones 2954, 2956 y 2958. La acción 2955 y 2957 continúan sin avances y con acciones vencidas desde el mes de marzo y abril 2019 respectivamente.

3. AMBULATORIO

Durante el primer semestre del año 2018 el proceso Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud – Servicios Ambulatorios fue objeto de auditoria por parte de la Oficina de Control Interno, de la cual se formuló el plan de mejora. Con corte al 31 de diciembre de 2019, este plan se encuentra cerrado con un cumplimiento del 100% de todas sus acciones.

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHAS INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
21	1920	03/07/2018	31/04/2019	100%
	1921	19/10/2018	01/01/2019	100%
	1922	15/08/2018	16/08/2018	100%
	1923	01/01/2018	01/02/2019	100%
	1925	01/01/2018	01/02/2019	100%
	1926	30/10/2018	01/11/2018	100%
	1927	30/10/2018	01/11/2018	100%

4. LABORATORIO CLINICO

En el segundo semestre del año 2018 el proceso Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud - laboratorio clínico fue objeto de auditoria por parte de la oficina de Control Interno cuyo alcance fue “*Desde el alistamiento de las plataformas hasta la emisión del resultado mediante la auditoria concurrente y retrospectiva del primer semestre de 2018 del servicio de laboratorio de las sedes Meissen, Tunal y Nazareth*”.

Con corte al 31 de diciembre de 2019 este plan se encuentra cerrado con un cumplimiento del 100% de todas sus acciones.

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
19	1929	15/07/2018	31/10/2018	100%
	1930	19/10/2018	01/01/2019	100%
	1932	03/01/2019	30/01/2019	100%
	1933	03/01/2019	30/01/2019	100%
	1936	15/01/2019	0/03/2019	100%
	1937	15/10/2018	03/01/2019	100%

5. FARMACIA

En el segundo semestre del año 2018, se realizó auditoría al subproceso de Farmacia en las sedes Nazareth y Tunal de la cual se derivó un plan de mejora que se ejecutó durante el segundo semestre del año 2018 y el año 2019. Con corte a diciembre 31 de 2019 se observa cumplimiento del 100% de las acciones.

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
7	4006	03/04/2019	01/07/2019	100%
	4097	01/07/2019	30/07/2019	100%
	4098	18/01/2019	30/06/2019	100%
	4099	01/02/2019	30/03/2019	100%
	4100	01/04/2019	01/07/2019	100%
	4101	01/04/2019	01/07/2019	100%
	4102	01/04/2019	03/06/2019	100%
	4104	08/04/2019	30/07/2019	100%

6. URGENCIAS

Con corte a diciembre 31 de 2019 se encuentra cerrado este plan de mejora con el 100% de sus acciones ejecutadas, tal como se muestra a continuación:

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
25	2948	01/11/2018	30/04/2019	100%
	2949	18/12/2018	30/12/2018	100%
	2950	01/11/2018	30/06/2019	100%
	3953	03/09/2018	28-06-2019	100%
	3954	01/11/2018	30/04/2019	100%
	3956	01/11/2018	30/04/2019	100%
	3957	01/11/2018	30/04/2019	100%

7. COMUNICACIONES

El proceso de Comunicaciones de la Subred Sur, fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la entidad, durante los meses de mayo a julio de 2019 cuyo alcance fue "verificar y evaluar desde el enfoque, implementación y resultados del proceso Comunicaciones, seguimiento a sus política y articulación con el modelo MIPG como proceso transversal referenciado en el Sistema Único de Acreditación, hasta la calidad y oportunidad de

la información recibida por cliente interno y externo durante el periodo octubre 2018 a marzo de 2019". El proceso elaboró el correspondiente plan de mejoramiento, el cual consta de 9 acciones:

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
9	5303	01/09/2019	01/01/2020	100%
	5304	01/09/2019	31/12/2019	100%
	5305	01/09/2019	01/03/2020	100%
	5306	01/09/2019	30/04/2020	100%
	5307	01/09/2019	30/11/2019	100%
	5308	01/09/2019	31/07/2020	25%
	5309	01/09/2019	30/07/2020	25%
	5310	01/09/2019	30/10/2019	100%
	5311	01/09/2019	31/07/2020	25%

Mediante Oficio **COM I - 088** del 18 de noviembre de 2019, la Oficina Asesora de Comunicaciones informa de la ejecución del 100% de 6 de las 9 acciones de mejora del plan derivado de la auditoría realizada. Las tres acciones restantes ID: 5308, 5309, 5311 relacionadas con la aplicación de la encuesta 2020 están proyectadas para ejecución el próximo año.

8. GESTION DEL CONOCIMIENTO – DOCENCIA SERVICIO

El subproceso Docencia y Servicio fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la Entidad durante los meses de Junio y Julio de 2019 cuyo alcance fue: "seguimiento a los convenios docencia servicio y documentación relacionada con el proceso en el último trimestre 2018". Derivado de esta auditoría se encuentra en el aplicativo Utilitario las siguientes Oportunidades de Mejora:

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
10	5293	01/10/2019	31/03/2020	75%
	5294	21/08/2019	31/03/2020	75%
	5295	21/08/2019	31/03/2020	75%
	5296	21/08/2019	31/03/2020	75%
	5297	21/08/2019	31/03/2020	75%
	5298	21/08/2019	31/03/2020	50%
	5299	21/08/2019	30/04/2020	75%
	5300	21/08/2019	31/03/2020	50%
	5301	21/12/2019	31/01/2020	75%
	5302	21/08/2019	31/01/2020	75%

Con corte al 31 de diciembre de 2019, el plan de mejoramiento se encuentra en ejecución, 8 de las 10 oportunidades de mejora se encuentran con avances del 75%, las dos restantes con avances del 50%. A la

fecha del seguimiento en utilitario todas las acciones se encuentran vigentes, se alerta frente a las acciones 5301 y 5302 las cuales tienen fecha de cierre enero 31 de 2020 y se encuentran con una ejecución del 75%.

9. EVALUACION DEL IMPACTO EN SALUD

Durante los meses de mayo y julio de 2019 el proceso Evaluación del Impacto en Salud fue objeto de auditoria por la Oficina de Control Interno, cuyo alcance fue: "...Desde los lineamientos formulados por SDS, incluyendo los indicadores POA, el mapa de riesgos institucional, el código de ética u buen gobierno, la estrategia sintonizarte, la política de prestación de servicios, hasta la verificación de los cierres de los ciclos de mejora propuestos para este proceso...", cuya evaluación encontró seis hallazgos, por lo que se generó un plan de mejora por parte del proceso auditado; al realizar seguimiento con corte al 31 de diciembre de 2019 se observa cumplimiento de las actividades programadas así: ID 6371 se encuentra al 50 % de cumplimiento con vencimiento de acciones en junio de 2020; ID 6372 se encuentra al 100 % de cumplimiento; ID 6373 se encuentra al 75% de cumplimiento con vencimiento de acciones en junio de 2020.

10. CONTRATACION

Se dio cumplimiento al 100% de las oportunidades de mejora registradas en Utilitario con ID: 1940, 1941, 1942, 1943, Plan de Mejora Cerrado mediante acta del 2 de septiembre de 2019.

11. EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Se realizó auditoria a este proceso entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2019 cuyo alcance fue: "...dar seguimiento del proceso enmarcado en los estándares de habilitación resolución 2003 del 2014 y acreditación resolución 5095 de 2018 durante el primer semestre del año 2019..." Como resultado de esta auditoria se encontraron 10 hallazgos. Durante el mes de noviembre el proceso auditado construyó el plan de mejoramiento el cual fue revisado por la Oficina de Control Interno y devuelto al proceso auditado para realizar los respectivos ajustes. Con corte a 31 de diciembre de 2019 se evidenció que aun el plan no se encuentra registrado en el aplicativo Utilitario sin embargo ya se encuentra aprobado y pendiente de cargar en el sistema.

12. APOYO PARA LA GESTION DEL RIESGO - TALENTO HUMANO - PERMANENCIA LABORAL

Se realizó auditoria a este proceso entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2019 cuyo alcance fue: "...Desde la gestión realizada en el primer semestre del año 2019 al subproceso de permanencia laboral y sus cuatro componentes, con la implementación de la política de talento humano de la primera dimensión establecida en MIPG, monitoreo a controles de riesgos identificados, indicadores de POA, planes de mejora formulados y su articulación con los demás procesos..." Derivado de esta auditoria se encontraron 11 hallazgos. Al realizar seguimiento en el aplicativo Utilitario el 31 de diciembre de 2019 no se registra el Plan de Mejoramiento en mención.

13. CONTRATACION BIENES Y SERVICIOS

Se realizó auditoria a este proceso entre julio y octubre de 2019 cuyo alcance fue: "...la auditoría evaluó el cumplimiento de las normas y exigencias legales de 19 objetos de contratación con sus respectivos procesos contractuales celebrados por la Subred integrada de Servicios Sur E.S.E..." resultando 3 hallazgos. El plan de mejora se encuentra matriculado en el aplicativo Utilitario.

N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE DICIEMBRE 31 DE 2019
3	5328	15/11/2019	28/02/2020	0%
	5329	16/11/2019	28/02/2020	0%
	5330	16/11/2019	28/02/2020	60%

De acuerdo al seguimiento realizado con corte 31 de diciembre de 2019 se evidencia que de las tres (03) Oportunidades de Mejora, dos (02) se encuentran vencidas en el Planear.

14. CONTRALORÍA

Durante el segundo semestre de 2019 se realizó seguimiento a las Oportunidades de Mejora derivadas de las diferentes auditorías realizadas por la Contraloría de Bogotá a la entidad encontrando los siguientes hallazgos de acuerdo a seguimiento realizado a 31 de diciembre de 2019.

PROCESO RESPONSABLE	NUMERO DE HALLAZGOS	% DE CUMPLIMIENTO
Talento Humano	1	25
Subgerencia de Servicios de Salud	1	0%
Participación Comunitaria	1	25
Jurídica	3	25
Dirección financiera y administrativa	1	100
Dirección financiera	19	42
Dirección de contratación	18	46
Desarrollo institucional – Dirección administrativa	1	100
Dirección administrativa	12	65
Desarrollo Institucional	1	0
TOTAL	58	45

De las auditorías de vigencias anteriores las Oportunidades de Mejora se encuentran al 100 % de cumplimiento. Se continúa con el seguimiento al Plan de Mejoramiento producto de la auditoría de Regularidad código 151 PAD 2019 en el que se lleva un cumplimiento del 34% sin acciones vencidas.

15. AUDITORIA DE CAJA MENOR - SUBGERENCIA CORPORATIVA

Durante los meses de noviembre y diciembre la Oficina de Control Interno realizó auditoria al Proceso Gestión Financiera/Gestión Gastos – Caja menor, cuyo alcance fue: “...Verificar y evaluar el proceso de Gestión Financiera Subproceso Gestión del Gasto Caja Menor, mediante la revisión del procedimiento para el funcionamiento, manejo y ejecución de los recursos examinando la documentación aportada por el proceso que soporta los gastos...”

La auditoría se cerró el 18 de diciembre de 2019, quedando un único hallazgo; el plan de mejora se encuentra en construcción por parte del proceso auditado.

FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL:

Trimestralmente se realizan actividades para promover y fomentar la cultura de Autocontrol con el personal de la Oficina de Control Interno y Tips motivacionales a los trabajadores de la institución.

Charlas de concientización sobre la importancia del autocontrol, en el ejercicio de las funciones encomendadas a cada Servidor Público, según el Manual de Funciones y/o productos encomendados por vinculación OPS, las cuales se dictaron en los procesos y subprocesos donde se realizaron auditorías.

**EVIDENCIA - ACTIVIDAD AUCONTROL 20 DE MARZO DE 2019
INTELIGENCIA EMOCIONAL**



**EVIDENCIA -ACTIVIDAD AUTOCONTROL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2019 –
GIMNASIA CEREBRAL**

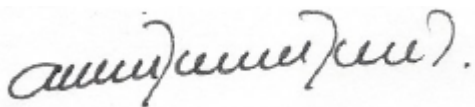


La siguiente tabla muestra las actividades que cumplió la OCI en el año 2019.

TEMA	FECHA	NUMERO
COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	30 de Enero, 10 de Julio/19.	2
INFORMES DE LEY: Publicados en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2019.	Enero a Dic/19	43
AUDITORIAS: Publicadas en página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2019	Enero a Dic/19	8
SEG.OCI - PLANES MEJORAMIENTO: Publicados en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2019	Enero a Dic/19	8
SEGUIMIENTO PM CONTRALORIA: Publicados en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2019	Enero a Dic/19	4
SEGUIMIENTO PM VEEDURIA: Publicados en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2019	Enero a Dic/19	1
VISITAS TÉCNICAS Y ACOMPAÑAMIENTOS: Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2019.	Enero a Dic/19	4
MONITOREO POLITICAS INSTITUCIONALES: Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2019	Enero a Dic/19	6
SEGUIMIENTO Y EVALUACION APLICATIVO SUIT, Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2019	Agosto/19	1
CONSOLIDADO DEL PLAN DE ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES, Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2019	Septiembre/19	1
ULC de la OCI	Octubre y Noviembre/19	2
DILIGENCIAMIENTO FURAG OCI 2019, Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2019	Noviembre/19	1
ACOMPAÑAMIENTO DILIGENCIAMIENTO FURAG ENTIDAD	Diciembre /19	1
TOTAL PUBLICACIONES		82

El Plan Anual de Auditoria 2019, obtuvo cumplimiento del 112.15%, en razón de haber ejecutado más actividades de lo planeado, obedece a la coyuntura de cambio en la Administración Distrital, lo cual derivó en tareas adicionales solicitadas en el proceso de empalme.

Cordialmente,



NIDIA FERNANDA RODRÍGUEZ SALCEDO

Jefe Oficina Control Interno

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyecto y Elaboro por:	Belkys Ballén	Secretaria Ejecutiva OCI		Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobó:	Nidia Fernanda Rodríguez S.	Jefe Of. Control Interno		Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	