

## INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. 2018

### 1. CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2018

#### Presentación y aprobación Programa Anual de Auditoria vigencia 2018

Con fecha 30 de enero de 2018, se reunió el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Subred Sur, con el fin de aprobar los Instrumentos de la OCI y la modificación de la Resolución No. 1000/17

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

1. Plan Anual de Auditoria 2018. No aprobado, por considerar que se deben realizar modificaciones por el titular de la Oficina de Control Interno que llegue a recibir el cargo.
2. Código de Ética del Auditor. No aprobado. Se deben realizar modificaciones
3. Estatuto de Auditoría. No aprobado. Realizar ajustes
4. Carta de representación. No aprobado. Realizar algunos cambios.
5. Modificación de la Resolución No. 1000 de 2017, por la cual se creó el Comité de Coordinación de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E., No aprobada, se deben realizar ajustes.

Con Oficio OCI-062 del 02 de abril de 2018, se envía a la Oficina Jurídica, proyecto de Resolución por medio de la cual se deroga la Resolución 1000 de 2017; se crea y reglamenta el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revisión y posterior aprobación de la Gerente de la entidad.

Mediante Resolución No.126 de 2018, el Alcalde Mayor de Bogotá, designó la Jefe de la Oficina de Control Interno, y a través del Oficio OCI -064-18, se informa a la Dra. Gloria Libia Polania Aguillon, Gerente (E), la urgencia de presentar un diagnóstico de la situación evidenciada de la Oficina de Control Interno, que impiden realizar la gestión de manera eficiente y oportuna, conforme a la directrices frente a los Roles establecidas en la Ley 87/93, Decreto 215/17 y Decreto 648/17.

Con oficio OCI-067-18, se envía citación convocando a Comité Institucional de Coordinación de Control Interno extraordinario, con el fin de presentar para aprobación los instrumentos de auditoría y la modificación la Resolución de conformación del Comité.

El 16 de abril de 2018, se realiza sesión del Comité de Coordinación de Control interno, verificado el Quórum se procede al desarrollo de la Agenda con los siguientes temas: Presentación Jefe de la OCI y equipo de trabajo, consideración y aprobación de los Instrumentos de auditoria; Plan Anual de Auditoria, Carta de Representación, Carta de Compromiso, Estatuto de Auditoria, Código de Ética de la OCI. Una vez leídos fueron aprobados por la totalidad de los miembros del Comité.

La Resolución 0455/18, Conformación del Comité, fue aprobada el 12 de abril de 2018.



En el siguiente cuadro se puede evidenciar a la fecha el Avance del Plan Anual de Auditoria de la OCI.

### AVANCE PAA 2018 – OCI

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>Auditoria Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud – Gestion del Cuidado Integral en Servicios Ambulatorios</p> <p>( Consulta Externa).</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.</p>	<p>Atención segura-insumos</p> <p>Falta conocimiento de Plataforma Estratégica, Código de Ética y Matriz de Riesgos.</p> <p>Fallas en el sistema de información, oportunidad en la asignación de citas.</p> <p>Falta de apropiación a protocolos de limpieza, desinfección, usuario protegido y bioseguridad</p> <p>Falta recurso humano profesional de Enfermería.</p>	<p>Articular los programas de Gestión ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad al paciente y Recursos físicos con el fin de definir el cumplimiento de la buena práctica de Prevención de Infecciones.</p> <p>Formular indicadores para prevenir infecciones, socializar el protocolo de higiene de manos, usuario protegido, limpieza y desinfección de áreas, superficies y equipos biomédicos.</p> <p>Optimizar el consumo de insumos para la Higiene de Manos en los servicios de la USS Nazaret y San Juan, donde se presenta baja rotación de usuarios.</p>
<p>Auditoría Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud Gestión del Cuidado Integral en Urgencias.</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018</p>	<p>Falta conocimiento de: Plataforma estratégica Institucional. Adherencia y apropiación del Código.</p> <p>Información no oportuna, trasgrediendo la norma y satisfacción de usuario.</p> <p>No apropiación del procedimiento, exponiendo el servicio al riesgo,</p> <p>Trasgresión norma de triage.</p> <p>Incumplimiento norma archivística.</p> <p>Incumplimiento Res. 2003/14, requisito estándar Talento Humano. Riesgo en salud pública y Seguridad del Paciente.,</p> <p>No disponibilidad de documentos para consulta en intranet.</p> <p>Incumplimiento política MIPG.</p>	<p>Definir acciones que den cumplimiento a la Buena Práctica Usuario Protegido.</p> <p>Optimizar el uso del digiturno toda vez que los pacientes se priorizan para su atención acorde con el pre-triage y/o, triage.</p> <p>Articulación entre personal asistencial y de archivo para control del Registro de Consentimiento Informado, que debe reposar en la Historia Clínica.</p> <p>Realizar la entrega de turno como se expone en el formato EA-HOSP-PT-40.</p> <p>Implementar uso de antideslizante en los baños de atención de usuarios para evitar riesgo de caída.</p> <p>El formato de registro de limpieza y desinfección diaria debe ajustarse a las condiciones del servicio.</p> <p>La integridad de la Hoja de Vida como unidad documental debe cumplir con el control y conservación, realizar capacitación del tema.</p> <p>Revisar las condiciones de infraestructura en el servicio de pediatría en la USS El Tunal.</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>Auditoría Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud -Laboratorio Clínico</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018</p>	<p>Desconocimiento de la plataforma estratégica Institucional.</p> <p>Baja adherencia y apropiación del Código.</p> <p>Desconocimiento mapa de riesgos del proceso, dificultando la aplicación de controles.</p> <p>No se cumple con requisito estándar Talento Humano Res. 2003/14. Incumplimiento Política MIPG. Gestion del Riesgo, conllevando a su posible materialización.</p> <p>Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma y la satisfacción de usuario.</p> <p>Carencia insumos para prestar el servicio. Alteración de la calidad de la muestra, inexactitud en los resultados.</p> <p>Demora en la atención de facturación para la toma de los laboratorios.</p> <p>El subproceso objeto de auditoría no se encuentra incluido en el POA 2018, lo que dificulta verificar el avance de metas y objetivos estratégicos.</p> <p>Baja adherencia a Manuales, Protocolos, Procedimientos y Guías.</p> <p>Se evidencia falta de autocontrol para el diligenciamiento adecuado de las planillas.</p> <p>Incumplimiento de obligaciones contractuales tercerizados.</p>	<p>Solicitar al proveedor de los equipos revisión del sistema de validación de resultados, para evitar la confusión en la interpretación de los mismos y emitir resultados erróneos alterando el correcto diagnóstico por parte del médico tratante.</p> <p>Establecer estrategias para optimizar el proceso de facturación del laboratorio, priorizando la población gestante, mayor y niños.</p> <p>Implementar medidas inmediatas que garanticen la existencia de reactivos e insumos de laboratorio para la prestación oportuna del servicio.</p> <p>Publicar el cronograma de transporte de muestras en las unidades de atención, donde se preste este servicio</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Auditoría Apoyo para la Gestion del Riesgo en Salud – Subproceso Cuentas Medicas	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	<p>Desarticulación del subproceso de gestión de ingresos y subproceso de gestión clínica excelente y segura.</p> <p>Registro en historia clínica de posibles fallas en la atención relacionadas con seguridad del paciente.</p> <p>Desarticulación de los procesos asistenciales, subproceso de gestión administración de riesgo y gestión de ingresos.</p> <p>Prevención del daño antijurídico. Incumplimiento al resarcimiento a los derechos del paciente.</p> <p>Subregistro de notificación de eventos, relacionados con la política de seguridad del paciente.</p>	<p>Acercamiento entre la Oficina de Calidad y Cuentas Medicas, a fin de trabajar las debilidades frente al levantamiento de glosas.</p> <p>Crear un archivo con los casos de glosa por eventos adversos, clasificados por fecha de ocurrencia, identificación del paciente y breve descripción del tipo de evento, reportando ante la oficina de calidad.</p> <p>Retroalimentar a los colaboradores del área sobre el proceso de auditoría de control interno indicando su objetivo y la importancia que ésta trae al área.</p> <p>Determinar cuáles de los eventos adversos objeto de glosa, no fueron reportados por los servicios y tomar las acciones pertinentes.</p> <p>La oficina de calidad deberá Informar al personal asistencial los eventos adversos que fueron objeto de glosas, registrados en las historias clínicas.</p>
Auditoría Gestión Cuidado Integral en Servicios Complementarios – Servicio de Farmacia	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	<p>Desconocimiento de la plataforma estratégica Institucional, baja adherencia y apropiación del Código.</p> <p>La intranet de la entidad cuenta con documentos con similar objetivo, anexos sin registro de responsable que elaboró y revisó.</p> <p>Exposición del Servicio Farmacéutico a la materialización del riesgo. Incumplimiento Resolución 1604 de 2013 que crea el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos.</p> <p>Subregistro en el sistema de notificación del Programa de Seguridad del paciente.</p> <p>Falta de oportunidad en la administración de medicamentos.</p> <p>Baja adherencia a procesos y procedimientos.</p>	<p>Incluir hora en el formato de Demanda Insatisfecha Urgencias y Hospitalización EA-TER-FT-105 V1, con el fin de llevar la trazabilidad de la entrega e insumo.</p> <p>No generar inconsistencias en la entrega de medicamentos a los servicios de hospitalización en el turno de la noche.</p> <p>Reformular las acciones de mitigación de los riesgos identificados para el servicio en el marco de la efectividad.</p> <p>Presentar los indicadores de gestión por sede y servicio que permita priorizar las oportunidades de mejora frente a las desviaciones encontradas.</p> <p>Socializar los hallazgos establecidos por los diferentes Entes de control, con los responsables directos de los procesos, a fin de realizar el seguimiento y mitigarlos</p>



ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Auditoría Gestión Administrativa - Activos Fijos	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	<p>En las Unidades de Salud de <b>VENECIA, CARMEN, MATERNO, SAN BENITO, TUNJUELITO, USME, MARICHUELA, NAZARETH, TUNAL, VISTA HERMOSA y MEISSEN</b>, se establecieron tres hallazgos:</p> <p><b>Hallazgo 1: Diferencias físicas</b> frente registros de inventarios por responsable, y equipos a cargo. Posibles faltantes y/o ubicación por establecer.</p> <p><b>Hallazgo 2:</b> Confrontado los registros de inventarios con los bienes físicos, se evidenció un posible sobrante por ingresar a registros y/o equipo por depurar procedencia.</p> <p><b>Hallazgo 3:</b> Incumplimiento del Numeral 2.3.3 Administración y control de los bienes ya que en el Informe de Inventario por responsable reportado por el sistema Dinámica Gerencial – Modulo Activos Fijos, aparecen bienes a cargo de funcionarios y contratistas que no se encuentran vinculados a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E desde el año 2012.</p> <p><b>YOMASA</b></p> <p><b>Hallazgo:</b> Inadecuado registro de elementos que impiden tener certeza del equipo (Laringoscopio con placas inventario CU 008812. Pero físicamente, ésta placa la tiene un Equipo de órganos de los sentidos).</p>	<p>Identificar los equipos en buen estado, reubicarlos en las Unidades donde son requeridos para evitar su deterioro.</p> <p>Ejecutar plan de choque para actualizar el Informe de Verificación de Inventario por responsable frente a la dependencia donde se encuentran ubicados los equipos, establecer faltantes, realizar registros, ajustes e identificar si existe posible falta disciplinaria.</p> <p>Parametrizar los reportes del sistema en el módulo de activos fijos que emitan un único reporte de inventario por responsable con su número de identificación. Capacitar a todo el personal de la subred para el manejo de activos fijos.</p> <p>Agilizar los conceptos técnicos solicitados a Mantenimiento, Ingeniería Biomédica, Sistemas y Parque Automotor, referente al estado de los equipos.</p> <p>Depurar el inventario y tomar decisiones que contribuyan a bajar costos de bodegaje, eficiencia en la utilización de equipos y evitar posible contaminación y deterioro.</p> <p>Identificar los equipos en arrendamiento y comodato e incluirlos en el inventario del sistema de Información.</p> <p>Al retiro de un funcionario o contratista, dar cumplimiento al</p> <p>Procedimiento de devolución de bienes y equipos.</p>
Auditoría Gestión Financiera - Cartera	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018		<p>Revisar periódicamente el procedimiento de entrega y elaboración de la información.</p> <p>El proceso de Cartera debe contar con la evidencia de validación de la información en su dependencia.</p> <p>Continuar con la actitud y compromiso demostrado por el personal que integra el equipo.</p> <p>Formular acciones de mejora frente a las recomendaciones enumeradas en el presente informe.</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>Auditoría Direccionamiento y Gerencia del Riesgo en Salud – Contratación .</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018</p>	<p>Se evidenciaron carpetas con folios documentales de contratistas cuyas firmas en el contrato, adiciones y/o prorrogas se ven diferentes.</p> <p>De procesos contractuales auditados el 53% de las minutas no se encontraban en el expediente, el (37%) se suscribieron por un término entre 8 y 10 días lo que denota falta de planeación para la proyección y vigencia de estos contratos.</p> <p>En el contrato No SSISS-023-2018 suscrito con la empresa Expresservices Ltda. cuyo objeto es: "Arrendamiento de bodega industrializada para el archivo de gestión, es designada como supervisora la contratista Edna Rossio Blanco García incumpliendo lo establecido en la guía para el ejercicio de las funciones de supervisión e interventoría de los contratos del estado GREFSICE-01 emanado de Colombia Compra Eficiente.</p> <p>De los treinta y cuatro contratos de Bienes y Servicios seleccionados para la evaluación de auditoría, El 10% presentan deficiencias en los expedientes en razón a que faltan documentos, contraviniendo lo establecido en el Manual de Contratación de la entidad.</p>	<p>Planificar las necesidades de personal en cada una de los subprocesos con estudios previos para toda la vigencia, evitando generar trámites innecesarios, y mayor gasto de insumos.</p> <p>Liquidar los contratos dentro de los términos legales, y efectuar los trámites ante la oficina de presupuesto para el correspondiente reintegro de los saldos cuando corresponda.</p> <p>Construir base de datos de contratistas con los documentos entregados, para evitar trámites innecesarios por solicitudes de documentos que ya se habían entregado anteriormente, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 5 del decreto ley 019 de 2012 y política de cero papel.</p> <p>Archivar en la hoja de vida del personal contratista únicamente los documentos relacionados en la lista de chequeo.</p> <p>Capacitar al personal periódicamente, incluyendo temas relacionados con la contratación pública y los requisitos.</p> <p>Teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación Numeral Siete: Delegar en materia de procesos contractuales la ordenación del gasto en funcionarios del Nivel directivo bien sea asistencial o administrativo mediante acto administrativo debidamente motivado hasta 800 SMLV".</p>



ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe de Seguimiento Gestión Financiera - Ejecución Presupuestal	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	Efectuar Sustitución presupuestal a rubros de ingresos que no fueron presupuestados, teniendo en cuenta lo establecido en el Numeral 3.2 de la Resolución SDH N° 191/17 – “Manual Operativo presupuestal E.S.E. del Distrito Capital”, de la Secretaría Distrital de Hacienda de Bogotá D.C.  No efectuar adición presupuestal al rubro de Cuentas por Cobrar, Venta de Bienes, Servicios y Productos hasta que se haya recaudado el 100% de lo presupuestado.
Informe Cuenta Anual Contraloría (CBN- 1038, Informe de la Oficina de Control Interno)	SIVIOF.	N/A	Presentado, evidencia certificado reporte Cuenta Anual SIVICOF.
Informe sobre las Quejas, Sugerencias y Reclamo PQRS. Artículo 76 Ley 1474/11	Transparencia - Control– Reportes Control Interno – 2018.	N/A	Efectuar análisis de las principales causas que generan reclamo y establecer estrategias para minimizar esta falencia. (Historias clínicas)  Fortalecer la pagina web, para uso del usuario, haciéndola amigable.
Informe Seguimiento Evaluación por Dependencias. Ley 909	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	Las recomendaciones formuladas por la OCI, son oportunidades de mejora.  Validar los informes de evaluación Plan Operativo Anual de los trimestres de la vigencia 2018 con el cumplimiento promediado del aplicativo Kawak.  Establecer metodología para calcular la muestra estadística de indicadores, especialmente en la parte misional de la Entidad.  Aportar evidencias que den certeza de la labor realizada y el cumplimiento del indicador.
Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Gestión Documental - Archivo Decreto 106/15	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	Se recomienda continuar con la ejecución del Plan de Mejoramiento Archivístico, dando cumplimiento a las acciones de mejora, a partir de los hallazgos y compromisos señalados.



ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
<p>Informe de Defensa Judicial: Informe de información litigiosa - Defensa Judicial. Artículo 2.2.3.4.1.14 del Decreto 1069 de 2015; (Sipro web).</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018</p>	<p>N/A</p>	<p>Continuar registrando oportunamente en el aplicativo SIPORJ WEB la información de los procesos.</p> <p>Realizar seguimiento a los procesos a cargo de los abogados</p> <p>Identificar hechos generadores de daño antijurídico, deficiencias administrativas o misionales, que originan reclamaciones y establecer estrategias de defensa.</p>
<p>Informe Pormenorizado de Control Interno. Ley 147/11</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.</p>	<p>N/A</p>	<p>Analizar y revisar las políticas adoptadas por la Entidad en la Resolución 0950/17.</p> <p>Gestionar la formulación y ejecución de estrategias que fortalezcan las políticas que están reportando calificación inferior a 75 puntos.</p> <p>Contar con un mecanismo de información que permita visualizar en tiempo real la planta de personal y generar reportes, articulado con la nómina o independiente, diferenciando: Antigüedad en el Estado, nivel académico y género.</p> <p>Caracterización de las áreas de Talento Humano.</p> <p>Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humano.</p> <p>Monitoreo y Seguimiento del SIGEP. Evaluación de Desempeño</p> <p>Inducción y Re inducción. Mejoramiento del Clima Organizacional</p>
<p>Informe Austeridad en el Gasto. Decreto 1068/15 I y II Trimestre 2018.</p>	<p>Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.</p>	<p>N/A</p>	<p>Determinar las causas de alza en los rubros de combustible, lubricantes y llantas, adquisición de bienes y servicios, servicios públicos, contratación de servicios asistenciales. Fijar política de racionalización y tomar medidas de contingencia con el fin de minimizar el gasto.</p> <p>Se recalca continuar con la cultura de austeridad, en temas de política Nacional de Cero Papel, uso racional de servicios públicos, dejar equipos y luces apagadas, uso del agua, cerrando llaves.</p> <p>Verificar los lineamientos por conceptos de pagos de las Sentencias Judiciales para determinar si son los adecuados para tal fin, con el propósito de dar cumplimiento a lo normado.</p>

ACTIVIDAD	PUBLICADO EN LA PAGINA WEB LINK	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Informe Derechos de Autor Software. Directiva Presidencial 02/02			Se requiere efectuar Auditoria de Sistemas
Informe de Seguimiento – Directiva 003/13. Bienes. Personal. Control Disciplinario	Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	<p><b>Frente a pérdida de Elementos</b></p> <p>Se encomienda llevar registro histórico los que más se pierden y las medidas tomadas al respecto.</p> <p><b>Frente a pérdida de Documentos</b></p> <p>Continuar con el cumplimiento del cronograma para la aprobación de las Tablas de Retención Documental (TDR).</p> <p>Se sugiere subir periódicamente copia de seguridad por parte del la Oficina de Sistemas para proteger la información de los equipos de computo.</p> <p><b>Frente al incumplimiento de manuales de funciones</b></p> <p>De conformidad con los lineamientos de la Directiva, se debe diseñar e implementar el formato "<i>Ubicación y Entrenamiento del Servidor en el Puesto de Trabajo</i>", documento en el cual se explican, de manera clara y sucinta, el direccionamiento estratégico del proceso al cual llega el servidor y su adherencia con las funciones y/o actividades.</p> <p>Se recomienda diseñar e implementar una estrategia de sensibilización para los funcionarios públicos (re inducción) en la que se haga énfasis en la importancia del conocimiento de las funciones, responsabilidad ante las actuaciones y cumplimiento.</p>
Informe participación de la mujer en los niveles decisorios - Cuotas Partes, Ley 58/00.	Transparencia - Control- Reportes Control Interno – 2018.	N/A	La Entidad cumple con la cuota de participación femenina en el cuerpo Directivo

Informe de Seguimiento Implementación NICSP (NIIF)	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	<p>Continuar con la aplicación del nuevo Marco Normativo del Régimen de Contabilidad Pública.</p> <p>Dar cumplimiento a las nuevas disposiciones establecidos por el Ente Rector, Contaduría General de la Nación.</p> <p>Fortalecer los procesos de revisión, análisis y depuración de rubros contables con el fin de presentar saldos acordes con la realidad financiera de la Entidad.</p> <p>Continuar reportando información en las condiciones y plazos definidos por la Contaduría General de la Nación y la Dirección Distrital de Contabilidad.</p>
Revisión, Socialización de Documentación, Procesos-formulación, y PAA 2018	Aprobados y Publicados en la Intranet	N/A	Se actualizo la caracterización, Procedimiento de Auditoria y formatos.
Informe Rendición Cuentas - Ley 489/98	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	<p>Publicar la presentación de Rendición de Cuentas en la Página Web.</p> <p>Aunque se presento video para atención de emergencias y evacuación, no se visualizaron los Brigadistas de la Entidad, identificados con Chaleco.</p> <p>Realizar acciones de incentivos que motive e incremente la participación de los ciudadanos y organizaciones sociales.</p>
Informe Ley 1712/14 "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública" I y II Trimestre.	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	N/A	<p>Es necesario, incorporar información básica y esencial para que sea de consulta de la Población Vulnerable.</p> <p>Actualizar los registros de activos de la Información con sus datos complementarios, índice de información clasificada y reservada.</p> <p>Culminadas las Tablas de Retención Documental, se requiere realizar publicación en la página web.</p>
Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Decreto 124/16 – I y II Trimestre	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	N/A	<p>No se evidencia el Plan de Acción de racionalización de trámites definido.</p> <p>No se muestra informe de accesibilidad a la página web en lo referente a Servicio al Ciudadano.</p>
Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo - Mapa de Riesgos Institucional	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	<p>Se recomienda analizar la pertinencia de ocurrencia del riesgo e implementar controles para mitigarlo.</p> <p>Se sugiere revisión y ajuste a los procesos de Talento Humano, (Clima organizacional), Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, En la matriz de riesgos se observa la falta de inclusión de riesgos del proceso Gestión Administrativa, para el subproceso de Recursos Físicos de Almacén, Propiedad Planta y Equipo, Mantenimiento, Transporte y Correspondencia.</p>



Seguimiento a los Planes de Mejoramiento por procesos.	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018.	N/A	<p>Se solicita al responsable del proceso de Mejoramiento Continuo, abstenerse de cerrar los hallazgos de las Auditorías Internas realizadas por la OCI, por cuanto es competencia exclusiva de esta Oficina.</p> <p>Se recomienda ajustar en el Aplicativo Utilitario, la consulta de evidencias, permitiendo exportar el consolidado de los Planes de Mejora a un archivo Excel, facilitando la labor de auto-control y evaluación.</p> <p>Capacitar y socializar a los responsables de los Planes de Acción el manejo adecuado y óptimo del aplicativo, facilitando el seguimiento y ejecución de los Planes de Mejora.</p> <p>Se recomienda a los responsables del Plan de Acción incorporar en el Aplicativo Utilitario evidencias que ratifican el avance y ejecución del Plan.</p> <p>Se sugiere a los responsables compromiso, cumplimiento efectivo, eficaz y oportuno, teniendo en cuenta que la naturaleza de los Planes de Mejora son fortalecer los procesos y hacer efectiva la gestión pública.</p>
Fomento de Autocontrol. Decreto 1083/15.		N/A	Capacitación a 489 funcionarios de los servicios de Urgencias y Consulta Externa.
Capacitación en Inducción. Decreto 1083/15			Se realizó capacitación por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno en temas específicos de los roles de la Oficina.
Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría. Decreto 648/17 (Informe Cuenta Anual Contraloría -CB-0402S)	Transparencia - Control – Reportes de Control Interno – 2018	N/A	Los Líderes deben diseñar acciones para mitigar y eliminar los hallazgos que se evidencian en sus procesos.
Visitas Técnicas Especiales		Se realizaron recomendaciones	Visitas realizadas a los Lockers de USS Tunal y Meissen  Visita Tesorería  Visita Edificio II Meissen

El Plan Anual de Auditorías, tuvo cumplimiento del 99.3%, en razón a NO realización de la Auditoría al Proceso Hospitalario, por cuanto no se contó con Auditor de formación Médico.

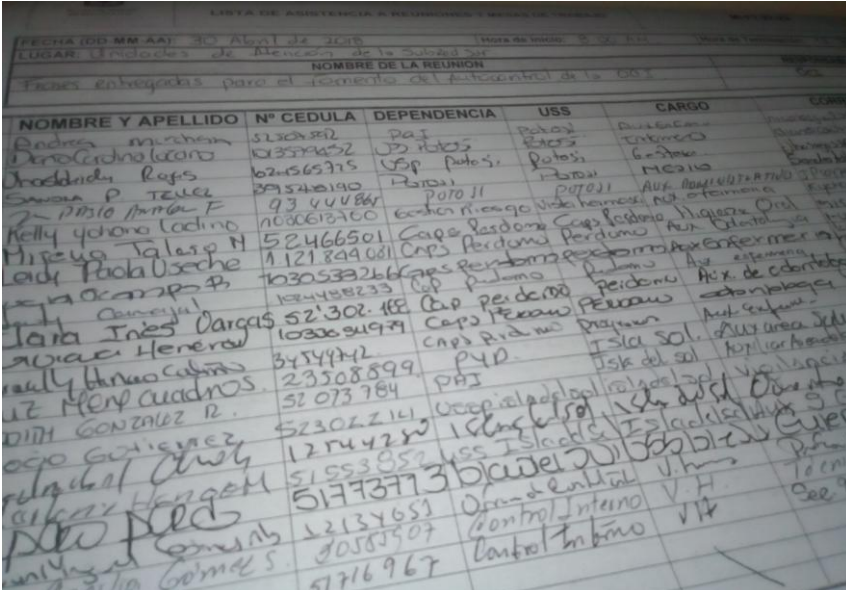
La siguiente tabla muestra las actividades que cumplió la OCI en el año 2018.

TEMA	FECHA	NUMERO
COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	30 de Enero, 16 de Abril y 02 de Octubre/18.	3
COMUNICACIONES ENVIADAS	Diciembre 2018	344
COMUNICACIONES RECIBIDAS	Diciembre 2018	210
SOLICITUD PUBLICACIONES, archivadas en carpeta en el equipo de cómputo.	Diciembre 2018	55
INFORMES DE LEY PUBLICADOS en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2018.	Diciembre 2018	37
AUDITORIAS PUBLICADAS en página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2018	Diciembre 2018	8
SEG. PLANES MEJORAMIENTO, publicados en la página Web de la Subred Sur. Link: Transparencia- Control- Reportes de Control Interno- 2018	Diciembre 2018	4
VISITAS TÉCNICAS	Diciembre 2018	4
VISITAS TÉCNICAS, Publicadas en la PÁGINA Web de la Subred Sur. Link: Transparencia – Control – Reportes de Control Interno – 2018.	Diciembre 2018	2
TOTAL PUBLICACIONES		55

#### FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL:

La oficina de Control Interno realizo diferentes actividades para promover y fomentar la cultura de Autocontrol en la Subred sur, tales como:

Charlas de concientización sobre la importancia del autocontrol, en el ejercicio de nuestras 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 auditorias.



NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA	DEPENDENCIA	USS	CARGO
Adriana M... ..	52304812	PAJ	Potosí	Asesor
Diana Carolina...	62577452	USP Potosí	Potosí	Asesor
Joseluis R...	625865715	USP Potosí	Potosí	Asesor
Emilia P. T...	395240140	Potosí	Potosí	Asesor
Doris Patricia F...	93444864	Potosí	Potosí	Asesor
Kelly Yohana...	1006613760	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
Miriam Tatiana H...	52466501	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
Lady Paola Usche...	1121849081	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
...	1030533266	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
...	104458233	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
Lara Inés Cargas	52302188	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
...	1030694979	Capo Perdona	Capo Perdona	Asesor
...	3474742	PAJ	Potosí	Asesor
...	23308599	PAJ	Potosí	Asesor
...	52073784	PAJ	Potosí	Asesor
...	52302214	PAJ	Potosí	Asesor
...	1274422	PAJ	Potosí	Asesor
...	51553852	PAJ	Potosí	Asesor
...	51773773	PAJ	Potosí	Asesor
...	12137651	PAJ	Potosí	Asesor
...	10385507	PAJ	Potosí	Asesor
...	51716967	PAJ	Potosí	Asesor

Actividad de Evaluación de Valores institucionales, en la sede administrativa de la USS Tunal, consistente en seguir las instrucciones consignadas en los carteles.

El resultado fue satisfactorio, la cultura de Autocontrol, respeto por las normas, la honestidad y responsabilidad, fue del 94%.



#### Registro Fotográfico

Se mantuvo acercamiento con la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se asistió a las diferentes conferencias citadas desde allí, en los temas de MIPG. Control interno. TICs, etc.

Así mismo, se atendió todos los requerimientos de los diferentes entes de control, visitas y remisión de información ( Planes de Mejora a la Secretaria Distrital de Salud, visitas Personería, Seguimientos remitidos a la Veeduría Distrital, mesas de trabajo con Alcaldía mayor)

**ORIGINAL FIRMADO POR**  
**GLORIA ESPERANZA ACEVEDO**  
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 Ballen	Secretaria Ejecutiva	Vista Hermosa	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	