



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD

© Nivel Integrado de Servicios  
de Salud Sur E.S.E.

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

### INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

<b>Fecha:</b>	Febrero 19 - 2020
<b>Nombre:</b>	Evaluación a la gestión por Dependencias del año 2019
<b>Responsable</b>	Oficina Control Interno

<b>OBJETIVO:</b>	Presentar a los evaluadores el resultado de la Evaluación de Gestión por Dependencias del año 2019, para que sirva de insumo para acordar los compromisos del período objeto de evaluación.
<b>ALCANCE:</b>	Verificar el cumplimiento con fundamento de evaluación cuantitativa y cualitativa del estado de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan Operativo Anual para la vigencia 2019 por las dieciocho dependencias, así como los indicadores asociados.
<b>METODOLOGÍA;</b>	Para adelantar la evaluación a la gestión por dependencias (18), se hacen bajo las Normas Internacionales, mediante la evaluación de la ejecución del POA.
<b>NORMAS APLICABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Evaluaciones de gestión de dependencias.</li><li>• Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil - Anexo Técnico</li><li>• Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial</li></ul>

### RESULTADOS OBTENIDOS

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno. De igual forma teniendo en cuenta que el artículo 6° del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditoría para la vigencia del año 2020, en su componente Auditoría Informes de Ley, en su actividad– Informe de evaluación Institucional por dependencias, la Oficina de Control Interno, anexa el informe de evaluación de Gestión por áreas o Dependencias con sus respectivas recomendaciones por cada uno de los procesos de la entidad.

Se verifica el Plan Operativo Anual, evidenciándose lo siguiente la entidad cuenta con 4 macro procesos:

- 1) Estratégico - Direccionamiento y gerencia del riesgo en salud
- 2) Misional – Atención integral en salud
- 3) Apoyo – Apoyo para la gestión del riesgo en salud
- 4) Evaluación – control y evaluación.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, logro una calificación promedio de 89,21% de la gestión adelantada por las 18 dependencias.



Al cierre de la vigencia 2019 se verifica el cumplimiento de las metas institucionales, encontrando los siguientes resultados:

No	Dependencia	Calificación	Observación
1	Calidad	93,54%	El cumplimiento promedio de la vigencia fue del 93.54% se programaron 15 actividades de las cuales se cumplieron 13, aclarando que se programó la actividad No 15 pero no se ejecutó en razón a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, situación que incidió para efectos de la calificación final y la actividad No 5 "Gestionar al 100% los eventos adversos" cuyo resultado fue el 97%.
2	Comunicaciones	86,18%	Se programaron 12 metas de las cuales se cumplieron 8, no se ejecutó la No 11, debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incidió para efectos de la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 86,18%; se evidenciaron metas con bajo nivel cumplimiento como la siguiente "Aumentar en un 10% la divulgación del portafolio de servicios, el modelo de salud a los grupos de interés." Cuyo resultado fue del 65% de acuerdo con el análisis de la segunda línea de defensa observando que no se establecieron los valores para aplicar la fórmula establecida que soporten el resultado del Indicador.
3	Desarrollo Institucional	99%	Se programaron 12 metas de las cuales 10, se cumplieron en 100 %, excepto la meta No7 "Gestionar el 100% de los convenios Institucionales. "Con un cumplimiento del 94% y la meta No11" Ejecutar el 100% de los recursos para proyectos de Infraestructura obtuvo un resultado de 90%.
4	Dirección de Contratación	84,97%	Se programaron 11 metas de las cuales se cumplieron 5, no se ejecutó la No 10 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incidió para efectos de la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 84,97%; se evidenciaron metas con bajo nivel de cumplimiento como las siguientes: Meta- No 1 "Cumplir mayor o igual al 90% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso." Cuyo resultado fue del 87%, y la meta No 7 "Lograr que el 100% de los colaboradores a quienes la subred les confió la supervisión y apoyos técnicos a la supervisión de contratos conozca las actividades previstas para ello en el manual de contratación y manual de supervisión". Con un cumplimiento del 83%.
5	Gestión del Conocimiento	87,16%	Se programaron 9 metas de las cuales se cumplieron 7, no se ejecutó la No 9 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 87,16%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto la meta No 7 "Adoptar e implementar al 100% las Guías de Práctica Clínica institucionales" que obtuvo una calificación de 90%.



6	Jurídica	92,16%	Se programaron 13 metas de las cuales se cumplieron 11, no se ejecutó la No 13 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 92,16%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto la No 7” Ejercer control de legalidad al 100% de los actos administrativos radicados.” que obtuvo un resultado del 98%.
7	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	92,23%	Se programaron 16 metas de las cuales se cumplieron 15, no se ejecutó la No 5 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 92,23%;
8	Sistemas de información TICS	88,69%	Se programaron 12 metas de las cuales se cumplieron 8, no se ejecutó la No 11 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 88,69%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto las Metas No 6 Fortalecer en un 95% la Plataforma tecnológica. “cuyo cumplimiento fue el 84% y la Meta No 7 “Realizar en un 95% mantenimiento correctivo y evolutivo de infraestructura Tecnológica”. Que obtuvo el 76%.
9	Gestión del riesgo	86,96%	Se programaron 15 metas con 28 actividades de las cuales se cumplieron 20, no se ejecutó la meta No 15 ,debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 86,96%; la mayoría de las actividades obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto las siguientes que reflejaron un cumplimiento menor al 90% : actividad No 4 de la meta 3” Cumplir al 100% las metas Distritales de los indicadores Trazadores de Salud Pública a través de la operacionalización del modelo de atención en salud PLAN TERRITORIAL DE SALUD alcanzo un 82%, meta No 6” Cumplir al 90% las actividades programadas de PyD” cuyo resultado fue del 86%, Meta No 9” Cero casos plan gestión gerencial”, se observa un resultado de 0% debido a que en la vigencia del 2019 se presentaron 8 casos, meta No 13” Lograr una adherencia $\geq$ 80% de las guías de manejo clínico del proceso” no se evidenciaron acciones para el cumplimiento de la actividad planteada ejecución 0%.
10	Servicios complementarios	89,35%	Se programaron 13 metas de las cuales se cumplieron 9, no se ejecutó la No 13 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 89,35%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento superior al 95%, excepto la No 11” Mantener menor o igual a 8 días la toma de ecografías en el servicio ambulatorio” cuyo resultado fue del 67%.



11	<b>Servicios Hospitalarios</b>	<b>88.72%</b>	<p>Se programaron 15 metas con 23 actividades de las cuales se cumplieron 16, no se ejecutó la meta No 15 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 88,72%; la mayoría de las actividades obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto las siguientes que reflejaron un cumplimiento menor al 90% : actividad No 4 y 5 de la meta 7” alcanzaron un cumplimiento 67%, y 88% respectivamente, Meta No 12” Cumplir mayor o igual al 90% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso. “alcanzó el 89%.</p> <p>Meta No 10” Lograr una adherencia <math>\geq</math> 80% de las guías de manejo clínico del proceso” no se evidenciaron acciones para el cumplimiento de la actividad planteada ejecución 0%</p> <p>Se programaron 10 metas de las cuales se cumplieron 7, no se ejecutó la No 10, debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 86,42%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento superior al 95%, excepto la No 4 ” Identificar y canalizar al 100% de población menor de 5 años que ingresan al servicio de urgencias en condición de afiliado a la subred, a los programas de promoción y prevención de acuerdo a la ruta de atención de salud establecida para esta población con un resultado del 66%.</p>
12	<b>Servicios de Urgencias</b>	<b>86,42%</b>	<p>Se programaron 15 metas de las cuales se cumplieron 14, no se ejecutó la No 15, debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 92.48%.</p>
13	<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>92,48%</b>	<p>Se programaron 15 metas de las cuales se cumplieron 14, no se ejecutó la No 15, debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 92.48%.</p>
14	<b>Dirección administrativa</b>	<b>90,95%</b>	<p>Se programaron 9 metas de las cuales se cumplieron 7, no se ejecutó la No 9 ,debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, durante la presente vigencia no se programó un plan de ajuste del gasto por proceso factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 90,95%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento del 100%, excepto la No 7 “Cumplir al 95% el plan de Mantenimiento Preventivo equipos biomédicos ” cuyo resultado fue del 94%. En razón a que en un periodo del año no hubo contrato para mantenimiento de equipos biomédicos.</p>
15	<b>Talento humano</b>	<b>81,26%</b>	<p>Se programaron 20 metas de las cuales se cumplieron 13 no se ejecutó la No19 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia, a fin lograr el cumplimiento de las metas programadas en el POA durante la vigencia , evitando que se presente incumplimiento como es el caso de la siguiente metas: ”meta No 4 “ Lograr que el 95% de los colaboradores nuevos asistan a los procesos de reintroducción que presentó incumplimiento ya que las evidencias aportadas corresponden a otra actividad, obteniendo una calificación del 0% de acuerdo</p>



			<p>con el análisis de la segunda línea de defensa</p> <p>Meta No 7 “Identificar e intervenir las 5 principales variables que afectan el clima organizacional” obtuvo una calificación del 80%</p> <p>Meta No 11”Lograr un porcentaje de aprobación mayor o igual al 95% el plan de gestión de riesgo de desastre por parte de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital en Salud” con un cumplimiento del 49% con respecto a la evaluación del documento Plan Hospitalario de Gestión de Riesgo para emergencias y Desastres PH_GRD por SDS se obtiene 43 puntos con nueva metodología de la guía técnica., de 100 posibles lo significa que este documento NO está aprobado por SDS.</p> <p>Meta No 14 “Cumplir mayor o igual al 90% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso “ con un cumplimiento del 71%</p>
16	<b>Financiera</b>	<b>88,52%</b>	<p>Se programaron 17 metas de las cuales se cumplieron 12, no se ejecutó la No 14 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado es el 88.52%; la mayoría de las metas obtuvieron un cumplimiento del 100%., excepto la No 9” Mejorar la rotación de cartera menor o igual 210 días, que obtuvo un resultado del 75%</p> <p>Meta No 10”Lograr un recaudo del 80 % de los servicios reconocidos en la vigencia por las EPSs y demás empresas que suscriben contratos de prestación de servicios. Seguimiento y gestión permanente de la cartera.” Obtuvo un resultado del 64%.</p>
17	<b>Control Interno</b>	<b>100%</b>	<p>Cuenta con cinco metas con un cumplimiento de 100 % de acuerdo a lo programado en el Plan Anual de Auditoria 2019.</p>
18	<b>Control interno Disciplinario</b>	<b>77,12%</b>	<p>Se programaron 9 metas de las cuales se cumplieron 7, no se ejecutó la No 9 debido a que el proceso no cuenta con plan de ajuste al gasto, factor que incide para la calificación final de la vigencia cuyo resultado el 77,12%, y la meta No1” Lograr que el 90% de los riesgos identificados en el proceso tengan seguimiento durante la vigencia” no obtuvo ningún resultados en razón a que el proceso no cuenta con riesgos identificados.</p>



## OBSERVACIONES

- En el Plan Operativo Anual no se incluyó el presupuesto o costo (programado y ejecutado) incurrido en cada uno de los procesos que permita efectuar la evaluación cuantitativa del grado de ejecución a fin de verificar el cumplimiento del POA, así como el porcentaje del logro de cada compromiso.
- El 89% de los procesos incluyeron la siguiente meta “Lograr el cumplimiento del 80% de las estrategias definidas en el Plan de Ajuste al Gasto correspondientes al proceso”. meta que reporto ningún nivel de cumplimiento aduciendo que el proceso no cuenta con plan de ajuste a gastos.
- Se presentaron limitaciones de orden administrativo que afectaron el cumplimiento de las metas como las que se mencionan a continuación: El reordenamiento de camas del servicio de hospitalización adultos ha sido paulatino, teniendo en cuenta la capacidad instalada en todas las Unidades que conforman la Sub Red Sur, en el transcurso del año 2019 se ha concentrado la atención de paciente quirúrgico en USS Meissen y Tunal, concentrando las especialidades quirúrgicas de alta complejidad en USS Tunal, concentrando las cirugías electivas en TUNAL, la hospitalización de medicina interna se concentró así: alta complejidad en Tunal, mediana complejidad en Meissen, Tunjuelito, Vista hermosa; baja complejidad en Usme y Santa Librada.

Durante el tercer trimestre no se contaba con un contrato de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Mecanismos de selección a través de compras conjuntas incide en que algunos procesos de adquisición de medicamentos o elemento medico quirúrgicos de baja rotación sean declarados desiertos por lo que se deben comprar a través de orden de compra e invitación directa.

## RECOMENDACIONES:

- Garantizar la adecuada implementación del autocontrol y administración del riesgo en los procesos de la entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y atención a las metas u objetivos establecidos en el POA Institucional.
- Programar el plan operativo anual POA de la vigencia y tener en cuenta las actividades que efectivamente se van a cumplir o en su defecto si en el transcurso de la misma, se presenten desviaciones en el proceso que impidan su cumplimiento efectuar las modificaciones que correspondan.
- Sensibilizar y capacitar al personal en el compromiso, obligatoriedad y responsabilidad en la construcción, de los planes de acción de los procesos y en el cumplimiento de las metas.
- Fomentar la cultura de Autogestión y Autocontrol en la entidad.
- Establecer estrategias efectivas que garanticen el cumplimiento en la ejecución de los planes de acción.
- Efectuar los seguimientos periódicos a cada plan de acción para garantizar su efectividad y cumplimiento.
- Aportar oportunamente y bajo los criterios de calidad, veracidad y confiabilidad los soportes de cumplimiento de la acción.
- Las dependencias definan planes de mejora tanto preventivos como correctivos en razón a que el 23,8% de los indicadores totales se incumplieron; con el fin de propender al cumplimiento de las metas



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
S.M.U.D.  
© Nivel Integrado de Servicios  
de Salud Sur E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**INFORME DE CONTROL INTERNO**

**GP-GPA-FT-03 V1**

propuestas en el POA. A continuación se relaciona algunos:

DEPENDENCIA	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO
Servicios Ambulatorios	Porcentaje de cumplimiento de Plan de Ajuste al Gasto.	80%	No se establecio el Plan de Gasto para el proceso
Calidad	Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso.	100%	97%
	Porcentaje de cumplimiento de Plan de Ajuste al Gasto.	80%	No se establecio el Plan de Gasto para el proceso
Dirección de Contratación	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del proceso.	90%	87%
	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los mecanismos definidos	100%	79%
	Proporción de colaboradores del proceso capacitados en los temas definidos por el proceso.	100%	83%
	Porcentaje de contratos liquidados.	100%	86%
	Porcentaje de cumplimiento de Plan de Ajuste al Gasto.	80%	No se establecio el Plan de Gasto para el proceso

Firma:

**AUDITOR Y/O TECNICO**

Nombre: CARLOS JULIO TORRES/ELBERTO GUZMAN

Firma:

**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Nombre: NIDIA FERNANDA RODRIGUEZ SALCEDO