



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

## INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Fecha:</b>       | Noviembre 28 de 2019   |
| <b>Nombre:</b>      | Jefe Maria Terán – Dr. Andrés Doncel   |
| <b>Responsable</b>  | Líderes de procesos de Mejoramiento Institucional, Gestión del Conocimiento, Comunicaciones, Desarrollo Institucional, Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud, Gestión del Talento Humano, Contratación y Control Interno   |
| <b>OBJETIVO:</b>    | Realizar monitoreo a las Políticas Institucionales Estratégicas y Operativas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S E a la luz de las auditorías e informes ejecutados por la Oficina de Control Interno de Gestión durante el primer semestre del año 2019.   |
| <b>ALCANCE:</b>     | Desde la formulación de las políticas: Seguridad del Paciente, Investigación Científica, Comunicaciones, Humanización, Prestación de Servicios, Gestión del Talento Humano, acorde con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG hasta la eficacia de indicadores que monitorean su implementación.   |
| <b>METODOLOGIA</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Correlación de los lineamientos de MIPG frente a lo definido en el documento de la política</li><li>➤ Seguimiento de la eficacia de los indicadores formulados en las Políticas objeto de monitoreo.</li><li>➤ Revisión informes de auditorías realizadas en la vigencia</li><li>➤ Determinación de hallazgos dejados en los procesos de auditoría sobre las políticas que lo regulan</li><li>➤ Revisión Planes de Mejora producto de auditorías vigentes.</li><li>➤ Revisión en Sistema utilitario de los avances a los hallazgos formulados</li><li>➤ Análisis sobre la formulación a las acciones correctivas establecidas para el cierre de la brecha evidenciada.</li><li>➤ Socialización del informe al Proceso de Desarrollo Institucional y líderes de los procesos y subprocesos involucrados</li></ul> |
| <b>NORMATIVIDAD</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Resolución 950 del 24 de Julio de 2017 Por la cual se adoptan las Políticas Institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur</li><li>➤ Acuerdo 002/18 POA Proceso Mejoramiento Institucional</li><li>➤ Mapa de Riesgos Proceso Mejoramiento Institucional.</li><li>➤ Resolución 2082 de 2014 (Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud)</li><li>➤ Ley 87/93, que establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado</li><li>➤ Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión</li></ul>  |

**INFORME DE MONITOREO A LAS POLITICAS INSTITUCIONALES ESTRATEGICAS Y OPERATIVAS**

La Oficina de Control Interno durante el año 2019, ha realizado auditorías e informes a procesos y subprocesos, 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 monitorearon las políticas de Seguridad del Paciente, Investigación Científica, Comunicaciones, Humanización, Prestación de Servicios, Gestión del Talento Humano a partir de las auditorías realizadas, los informes presentados, la verificación de planes de mejora e información solicitada a los procesos involucrados.

**1. POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Entre los meses de marzo y abril de 2019, el subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura – Programa Seguridad del Paciente fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno cuyo objetivo fue: "... **Verificar la gestión realizada por la primera y la segunda línea de defensa en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente de la Subred Sur, con base en la normatividad, sistema único de habilitación y de acreditación, para la vigencia 2018 cuyo fin impacte la mitigación del riesgo clínico identificado en la operatividad diaria de los procesos de la entidad...**" Derivado del proceso de auditoría y de acuerdo a los indicadores registrados en la Política de Seguridad del Paciente **MI-PO-01-V1**.

Política de Seguridad del Paciente – hallazgos auditoría realizada por oficina Control Interno

| PROCESO RESPONSABLE   | INDICADOR  | RESULTADO DEL SEGUIMIENTO  | OPORTUNIDAD DE MEJORA  |
|---|--|--|--|
| MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – Equipo de seguridad del Paciente | Trazabilidad de la notificación                                  | Incumplimiento a la gestión de eventos adversos, teniendo en cuenta que el número de eventos gestionados mes, no es proporcional al número de eventos reportados por periodo | Como acción correctiva el proceso determina la capacitación a los líderes de procesos en lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente, a fin de tener apoyo en estos para la gestión de los eventos adversos  |
|   | Cobertura de Capacitación en Programa de Seguridad del Paciente  | Incumplimiento del indicador Número de servidores públicos asistenciales capacitados/ Total de servidores públicos asistenciales   | Acción correctiva Creación de un Curso virtual de seguridad del paciente con 52 Horas (4 Módulos) Para Habilitación del curso se debe Montaje en plataforma MAO con medición de la adherencia y acciones correctivas |
|   | Trazabilidad Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) | Incumplimiento a la meta propuesta sobre la disminución de la IAAS en un 2% vigencia actual, frente a la vigencia inmediatamente anterior.                                   | Acción correctiva Seguimiento al cumplimiento de la meta de indicadores y evaluación periódica de los indicadores  |



|  |                            |   |  |
|--|----------------------------|---|--|
|  | Gestion del Evento Adverso | Incumplimiento sobre la meta propuesta por el programa de Seguridad del Paciente<br><i>Gestion del 60% de la notificación clasificada con evento adverso.</i> | Acción correctiva El proceso determina la capacitación a los líderes de procesos en lineamientos del programa de seguridad del paciente a fin de tener apoyo en estos para la gestión de los eventos adversos. |
|--|----------------------------|---|--|

Derivado de esta auditoría, se generó un Plan de Mejoramiento cuyo seguimiento a noviembre 20 de 2019 mostró acciones vencidas y sin ejecución; de las 14 acciones de este plan de mejoramiento:

- OM: 1848, 349, 5215, 5216 se encuentran vencidas y sin avances en su ejecución.
- OM: 5217, 5218, 5223, 5224, 5225 no presentaron avances desde el último seguimiento con acciones próximas a vencerse el 31 diciembre de 2019.
- OM: 5220 y 5221 son acciones vencidas con avances en su ejecución.
- OM: 1934, 5222 corresponde a acciones próximas a vencer con avances en su ejecución
- OM: 5219 Cerrada.

Igualmente se evidencia la implementación de actividades enfocadas a fortalecer las diferentes líneas del programa con estrategias como "Desafío de la Calidad", el desarrollo del curso de "Seguridad del Paciente Subred Sur" en la plataforma de aprendizaje institucional MAO.

## 2. POLITICA INVESTIGACION CIENTIFICA

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 objetivo fue: **"...Seguimiento a la ejecución de los convenios de Docencia Servicio (Enfermería) a fin de evaluar el cumplimiento de la normatividad que regula el proceso y con ello evidenciar brechas frente al deber ser y el cómo se están ejecutando las acciones..."** Durante la evaluación realizada al subproceso, se hizo seguimiento y medición de los indicadores definidos en la Política de Investigación Científica **MI-FT-25-V1** encontrando los siguientes resultados:



Política de Investigación Científica – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

| PROCESO RESPONSABLE      | INDICADOR   | RESULTADO DEL SEGUIMIENTO  | OPORTUNIDAD DE MEJORA   |
|--------------------------|---|--|---|
| GESTION DEL CONOCIMIENTO | Lineas Investigación Implementadas                        | El proceso tiene en curso la línea de investigación, según cronograma de trabajo se encuentran en la fase de recopilación de datos y construcción del documento final para presentar resultados al Comité de ética de investigación para los meses de Julio, Agosto y septiembre con proyección de publicación para los meses de: Octubre, Noviembre y diciembre | Observación No aplica para la fecha de corte del seguimiento Según programación esta actividad se efectúa el último trimestre del año   |
|                          | Estrategia de accesibilidad al conocimiento               | Se aporta cronograma de actividades las cuales se encuentran pendientes de ejecución.  | El proceso plantea para el hallazgo un cronograma de actividades con el que busca dar cumplimiento a la recopilación de la información documentación y construcción del documento <i>Transferencia del conocimiento</i> con la socialización y medición de la adherencia. |
|                          | Caracterización de prácticas de gestión del conocimiento. | Documento: Caracterización prácticas Gestion del conocimiento GC-PR-10-V1 desactualizado   | Como acción correctiva el proceso determina Revisión y actualización del procedimiento de prácticas de gestión del conocimiento socialización y seguimiento a la adherencia   |

Respecto al indicador **Lineas Investigación Implementadas**, la oficina de control interno evidenció durante la ejecución de la auditoria y de acuerdo a la información aportada por el subproceso auditado que se encuentra en ejecución el cronograma para implementar una línea de investigación. Sin hallazgos.

En cuanto al indicador: **Estrategias de Accesibilidad al Conocimiento**, derivado del proceso de auditoria realizado por la oficina, el subproceso proyectó en su Plan de Mejora actualizar el cronograma y dar cumplimiento a las actividades planteadas. ID Oportunidad: 5301

Para el seguimiento al indicador **Caracterización de Prácticas de Gestión de Conocimiento**, el proceso auditado respecto al documento **GC-PR-10-V1** manifiesta que se encuentra desactualizado por lo tanto para levantar el hallazgo en el plan de mejora se propone como acción correctiva la revisión, actualización, socialización del documento Practicas de gestión del conocimiento. ID: Oportunidad 5298

Con corte a Noviembre 20 de 2019 se evidencia por parte de la oficina de control interno que el plan de mejoramiento se encuentra matriculado en Utilitario y con todas sus acciones vigentes.



3. POLITICA COMUNICACIONES

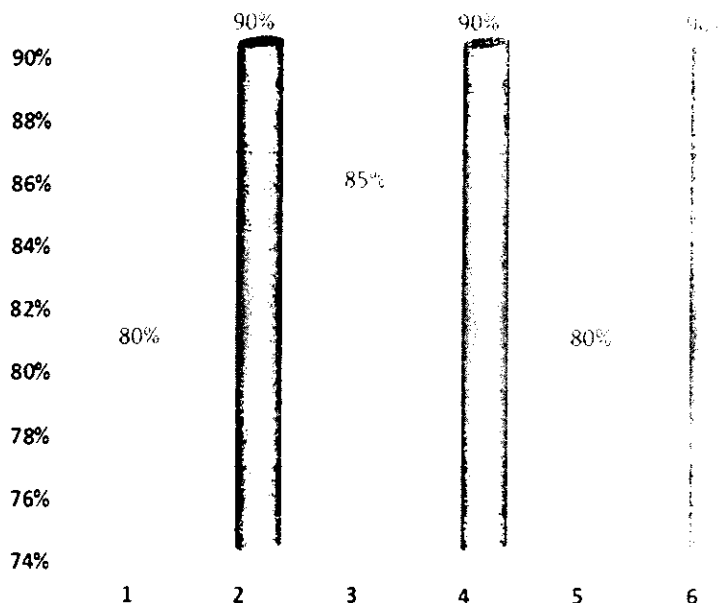
El proceso de Comunicaciones de la Subred Integrada de servicios Sur fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno durante los meses de mayo a julio de 2019 cuyo objetivo fue: "... **Verificar la gestión del proceso comunicaciones de acuerdo a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que permite el flujo de la información interna y externa de la entidad...**" Durante la evaluación realizada al proceso, se hizo seguimiento y medición de indicadores a la Política de Comunicaciones **MI-FT-24-V1**, arrojando los siguientes resultados:

Política de Comunicaciones – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

| RESPONSABLE    | INDICADOR  | RESULTADO DEL SEGUIMIENTO  | OBSERVACION  |
|----------------|--|--|--|
| COMUNICACIONES | Porcentaje de estrategias establecidas área de participación ciudadana y servicio al ciudadano, apoyadas por el proceso de comunicaciones. | El proceso define seis (6) estrategias a desarrollar cumpliendo con la totalidad de las mismas, con corte a la fecha de seguimiento.   | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso   |
|                | Porcentaje de campañas y jornadas con comunidad, apoyadas por comunicaciones   | El proceso define apoyar el 100% de las campañas y jornadas para informar a la comunidad acerca de temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A la fecha de corte de seguimiento informa un total de 81 actividades | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso   |
|                | Cobertura de procesos socializados del plan de comunicaciones de la Subred.  | El Plan de Comunicaciones de la subred se socializó a la totalidad de los 17 procesos  | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso   |
|                | Porcentaje de ejecución de capacitaciones en lo respectivo a competencias comunicativas  | A la fecha de corte del seguimiento, se realizan 50 capacitaciones relacionadas con competencias comunicativas, de 48 programadas  | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso. Evaluar la capacidad del respuesta del proceso, frente a la meta propuesta, en el entendido de que hay sobre-ejecución de la actividad   |
|                | Porcentaje de publicaciones por medios masivos   | A la fecha de corte del seguimiento, se realizan 127 Publicaciones por medios masivo, de 12 programadas  | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso<br>Evaluar la capacidad del respuesta del proceso, frente a la meta propuesta, en el entendido de que hay sobre-ejecución de la actividad |
|                | Porcentaje de información difundida a través de herramientas de comunicación establecidas con cliente interno y externo                    | La información difundida a través de Herramientas de Comunicación establecidas con cliente interno y externos, obedece a un total de 81 actividades propuestas y ejecutadas, con corte a la fecha de seguimiento                       | La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso   |



| Nº | INDICADORES  | % AVANCE |
|----|--|----------|
| 1  | Porcentaje de estrategias establecidas área de atención al ciudadano y servicio al usuario apoyadas por el proceso de comunicaciones | 80%      |
| 2  | Porcentaje de campañas y jornadas con comunidad apoyadas por comunicaciones  | 90%      |
| 3  | Cobertura de procesos socializados del plan de comunicaciones de la Subred   | 85%      |
| 4  | Porcentaje de ejecución de capacitaciones en el respectivo a competencias comunicacionales   | 90%      |
| 5  | Porcentaje de publicaciones por medios digitales   | 50%      |
| 6  | Porcentaje de información difundida a través de herramientas de comunicación en las plataformas interna y externa                    | 90%      |



Fuente: información aportada por el proceso

Frente a las acciones del Plan de Mejoramiento, mediante Oficio **COM I - 088** con fecha 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 están proyectadas para ejecución en el año 2020. Actualmente en la Intranet de la Entidad se encuentra la versión actualizada de la Política de Comunicaciones **DI-DE-FT-07-V2** en la cual se definen nuevos indicadores los cuales serán objeto de evaluación en la nueva vigencia.

#### 4. POLÍTICA DE HUMANIZACION

Durante los meses de abril y mayo de 2019, la Oficina de Control Interno de la Subred Sur realizó seguimiento a la Política de Humanización **MI-FT-25-V1** a través del informe publicado en la página web el día 24 de abril de 2019 cuyo objetivo fue: **“...Evaluar el cumplimiento de la Política de Humanización, la ejecución del programa, los planes de trabajo y sus actividades para determinar la adherencia dentro de la entidad...”**. De acuerdo con los soportes otorgados por el Subproceso Humanización, los resultados obtenidos por la Oficina de Control Interno fueron los siguientes:



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

## INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

### Política de Humanización – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

| RESPONSABLE  | INDICADOR  | RESULTADO DEL SEGUIMIENTO  | OPORTUNIDAD DE MEJORA   |
|--------------|--|--|---|
| Humanización | Cumplimiento del 90% de las estrategias establecidas en el Programa de Humanización que puedan afectar favorablemente la cultura organizacional. | Incumplimiento en la meta propuesta en la Política de Humanización, evidenciando un 82.6% de cumplimiento de la vigencia 2018.<br>Se tiene un cumplimiento de menos del 70% en 7 del total de las estrategias planteadas por el Subproceso | 1 Reforzar temas de Humanización al personal asistencial y/o que tenga contacto directo con usuarios ya sea antiguo o nuevo, en el que se divulgue la política, el programa y los protocolos correspondientes al Subproceso Humanización<br>2. Se sugiere fortalecer el equipo de trabajo, por cuanto las campañas lo requieren |
|              | 90% de cumplimiento de estrategias planteadas programadas  | Cumplimiento del 105.2% de la meta propuesta   | No aplica   |

| N° | INDICADORES   | % AVANCE |
|----|---|----------|
| 1  | Cumplimiento del 90% de las estrategias establecidas en el Programa de Humanización que puedan afectar favorablemente la cultura organizacional | 83%      |
| 2  | 90% de cumplimiento de estrategias planteadas programadas   | 100%     |

100%  
80%  
60%  
40%  
20%  
0%



1  
2

Fuente: información reportada por el proceso

El Proceso logra cumplir con el indicador Número 2 al implementar más del 90% de las estrategias planteadas para la vigencia 2018, sin embargo no logra cumplir con todas las actividades que se establecieron para cada una de ellas. Actualmente en la Intranet de la Entidad se encuentra la versión actualizada de la Política de Humanización **DI-DE-FT-07-V2**. Se realizará seguimiento a esta Política en la nueva vigencia de acuerdo a programación y requerimientos.



## 5. POLITICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Durante los meses de Agosto, septiembre y octubre de 2019 se realizó auditoria al proceso Atención Integral en Salud – Ejecución de alternativas para el cuidado de la Salud Paciente Trazador cuyo objetivo: “...*Evaluar la calidad y seguridad del ciclo de atención en todas sus fases desde el ingreso del paciente hasta el egreso del paciente con un enfoque en el sistema único de acreditación, identificando oportunidades de mejora y posibles riesgos para la mejor atención del usuario, mediante la aplicación de la herramienta de rastro de desempeño de los procesos Paciente Trazador...*” Dentro de los documentos objeto de la auditoria se evaluó la Política de Prestación de Servicios **MI-FT-25-V1** cuyo objetivo impactar positivamente los determinantes de salud de la población usuaria a través del mejoramiento del acceso efectivo a los servicios de las unidades que conforman la subred, brindando una atención oportuna, continua, resolutive y con calidad. De acuerdo al documento publicado en la página web se identifican los siguientes indicadores:

## Política de Humanización – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

| RESPONSABLE                                      | INDICADOR   | OBSERVACION  |
|--|---|--|
| Subgerencia de prestación de servicios de salud. | Porcentaje de usuarios adheridos a las RIAS implementadas en el marco de la atención en redes | El alcance de la auditoria no evaluó adherencia a guias o pertinencia de las atenciones realizadas: estas auditorias son realizadas por la oficina de Calidad.   |
|  | Porcentaje de implementación del modelo rural   | Se considera que la evaluación de este indicador debe realizarse a partir de una auditoria o informe específico que permita evidenciar la implementación del modelo rural.   |
|  | Porcentaje de indicadores que presentan cambios positivos en su comportamiento                | No evaluado.   |
|  | Captación de la materna al control prenatal antes de la semana 12 de gestación.               | Hallazgo 1.2, 4 y 5 informe de auditoria. Se sugiere estandarizar en la historia clinica de control prenatal un campo obligatorio que permita desde el registro inicial de la paciente al programa de control prenatal determinar el momento de captación en semanas de gestación, el seguimiento y numero de controles prenatales |





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

INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

|  |  |
|--|--|
|  | realizados   |
| Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica controlados | La planeación de la auditoria se realizó con la revisión de pacientes cronicos hospitalizados con patologia descompensada.   |
| Porcentaje de satisfacción del usuario                     | La evaluación de este indicador de acuerdo a la fórmula establecida en la Política sobrepasa el alcance de la auditoria. sin embargo durante el proceso de evaluación se realizó una encuesta de satisfacción que permitió evidenciar en la entrevista con el colaborador y su familia inconformidad en 6 de los 7 items evaluados   |
| Oportunidad en la asignación de consulta especializada.    | A partir de la entrevista con el paciente y los registros en la Historia Clínica. Se evidencio durante el proceso de auditoria demoras en la asignación de citas con especialista de hasta 6 meses lo cual evidencia afectación de este indicador  |
| Tiempo de espera en urgencias triage II                    | Aunque no se posible a partir de la auditoria realizada dar un porcentaje de cumplimiento a este indicador. se evidenció durante la visita al servicio de urgencias USS Tunal sobreocupación del mismo de hasta el 30%. quejas de los usuarios por demoras en la atención. problemas de infraestructura para la adecuada atención de usuarios y fallas en el cumplimiento del cronograma de actividades programadas específicamente en los profesionales de medicina lo que claramente afecta el cumplimiento de este indicador. Al revisar en el sistema Dinámica la cronología |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | de atención no permite realizar seguimiento teniendo en cuenta que existen registros que se diligencian tardíamente a la atención por diferentes motivos referidos por los profesionales como fallas en el sistema o acceso a computadores.  |
|  | Porcentaje de cancelación de cirugías programadas por causas de la ESE | No evaluado  |
|  | Porcentaje de infección hospitalaria                                   | Durante el proceso de auditoria se evidencio en el recorrido por urgencias y por hospitalización medicamentos antibioticos faltantes, fallas en la práctica segura lavado de manos, sobreocupación del servicio de urgencias y manejo inadecuado de pacientes con patología respiratoria que requerian diferentes tipos de aislamiento, así como traslado de pacientes de Tunal a Meissen por contingencia por daño del equipo de Resonancia, entre otras observaciones, situaciones que podrían afectar el número de pacientes con infecciones hospitalarias y el cumplimiento de este indicador. |

Esta Política cuyo enunciado la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur garantiza la implementación de un modelo de salud centrado en la prevención primaria, la gestión integral del riesgo, el enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo el trabajo en red desde la perspectiva urbana y rural logrando altos estándares de calidad, con alcance transversal a diferentes procesos y subprocesos ligada directamente con la misión de la entidad será objeto de seguimiento durante la próxima vigencia de acuerdo a la programación institucional y requerimientos.



6. POLITICA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

Durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2019 la Oficina de Control Interno llevó a cabo la auditoria al proceso Gestión del Talento Humano cuyo objetivo fue: “...**Verificar y evaluar el proceso de gestión del Talento Humano – Subproceso Permanencia Laboral mediante la revisión de la documentación aportada por el proceso, la publicada en la página Web y la Intranet, dando cumplimiento a lo establecido y aprobado en el Plan Anual de Auditoria para la presente vigencia...**”. Se evaluó la Política de Gestion del Talento Humano MI-FT-25 V1 encontrando los siguientes hallazgos:

| RESPONSABLE    | INDICADOR  |
|----------------|--|
| Talento Humano | Ejecutar el Plan de Bienestar en el 85%.   |
|                | Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación en un 85%.  |
|                | Lograr Cobertura en la aplicación del instrumento de medición de Clima laboral en un N>30% Poblacion Total Laboral.  |
|                | Realizar al 100% las siguientes actividades:<br><br>1. Adoptar el instrumento de evaluación del desempeño laboral.<br><br>2. Coordinar la capacitación de los responsables a evaluar.<br><br>3. Presentar al Jefe de la entidad Informe de resultados cuantitativo y cualitativo del proceso de Evaluación del desempeño laboral |

Fuente: Política de Gestión del Talento Humano

A partir del informe final de auditoria publicado en la página Web el 31 de octubre de 2019. en el hallazgo 5 se evidencia Dificultad en la Medición y monitoreo de los indicadores de la Política Institucional de gestión del talento humano y del Plan Operativo Anual por diferir en la meta y actividades a cumplir. Situación que se subsanará por medio del Plan de Mejoramiento derivado de esta auditoria el cual se encuentra en proceso de construcción por parte del proceso auditado.



### AUDITORÍA CONTRATACIÓN

Durante el tercer trimestre del año 2019 la Oficina de Control Interno realizó auditoría al Proceso Contratación – Subproceso Bienes y Servicios cuyo objetivo: “...**Verificar el grado de cumplimiento de las disposiciones, los procedimientos, y exigencias legales aplicables a los procesos de contratación adelantados por la Subred Sur en cada una de sus etapas...**” informe que se encuentra publicado en la página web con fecha 24 de octubre de 2019. En el proceso, su línea técnica se da desde el Manual de Contratación Resolución 396 de 2017 ADM-CTT-MA 01-V3.

### CONCLUSIONES

- Cada proceso auditado cuenta con una Política a la cual se le realizó seguimiento a sus indicadores.
- El proceso Contratación se rige por el manual de Contratación resolución 396/17.
- Se sugiere utilizar en la construcción de nuevos indicadores estrategias que permita al indicador contar con las características (Claro, relevante, económico, Medible, Adecuado, Sensible)
- La política de Prestación de Servicios tiene un comportamiento transversal, su evaluación requiere la revisión de diferentes procesos.
- La Política de Prestación de Servicios presenta un indicador denominado Porcentaje de indicadores que presentan cambios positivos en su comportamiento – formula: Total indicadores con cambio positivo/Total indicadores trazadores, se sugiere detallar mas la meta de este indicador que apunta al objetivo 5.1 de la Política.

Firma

**AUDITORES ASISTENCIALES - CONTRATISTAS**

Nombre

Jefe Maria de la Cruz Terán  
Dr. Andres Doncel C.

Firma

**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Dra. Nidia Fernanda Rodríguez Salcedo