



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

NOMBRE DEL INFORME:	INFORME DEPENDENCIA – CUMPLIMIENTO PLANES OPERATIVOS VIGENCIA 2024.
----------------------------	--

CONTENIDO DEL INFORME

1. PERIODO DE EJECUCIÓN: Vigencia 2024

2. **OBJETIVO:** Evaluar la gestión adelantada y dificultades presentadas por los 20 procesos que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, en relación al cumplimiento de metas e indicadores, de acuerdo a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.
3. **ALCANCE:** Desde el comportamiento de cada una de las metas establecidas en los Planes Operativos a lo largo de la vigencia 2024, hasta la verificación del cumplimiento al finalizar la vigencia.
4. **EQUIPO AUDITOR:** Jefe de Oficina Control Interno – Astrid Marcela Méndez Chaparro.

5. METODOLOGÍA

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

6. MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

7. CONCLUSIÓN

El presente informe describe el cumplimiento de los procesos frente a las metas e indicadores contenidos en el Plan Operativo Anual- Vigencia 2024. En la dinámica de trabajo que presenta la Oficina de Control Interno, se mostrará el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los procesos con la observación frente las metas, conclusiones y recomendaciones para los procesos que presentaron dificultades en su cumplimiento.

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
1. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión Administrativa

Meta	Resultado alcanzado	Observación	
Cumplir ≥95% planes de mejoramiento	100%	Se ejecutaron todas las acciones registradas en el aplicativo.	
Ejecutar 100% controles de matriz de riesgos	100%	Se cumplió con la evaluación de controles diseñados.	
Entrega de insumos médico-quirúrgicos (97% esperado)	100% (852/852 solicitudes)	Meta cumplida con oportunidad total y con un cumplimiento del 100% logrando la meta establecida para esta vigencia que es del 97%	
Mantenimiento preventivo de infraestructura (96% esperado)	85% (203/246 actividades)	Cumplimiento parcial, retrasos en ejecución.	
Cumplir con el 90% en la oportunidad de respuesta a los requerimientos de mantenimiento correctivo de infraestructura establecidos en mesa de ayuda priorizando: 1. Urgente – 1 Hora 2. Prioritario – 24 horas. 3. Programable - mayor a 720 horas	100% (21/21 casos) 100% (21/21 casos) 79% (587/747 casos)	Meta cumplida. Meta superada ampliamente. No se alcanzó la meta del 90%.	
Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos (96% esperado)	93% (2765/3100 actividades)	Cumplimiento satisfactorio, aunque por debajo del 96% esperado.	
Cumplir con el 90% la oportunidad de respuesta a los requerimientos de mesa de ayuda de Equipo Biomédico priorizando: 1. Urgente – 6 Horas 2. Prioritario – 6- 24 horas. 3. Programable - mayor a 24 horas	95% (162/171 casos) 100% (32/32 casos) 100% (80/80 casos)	Meta cumplida. · Se logró cumplimiento total o superior en todas las categorías de mantenimiento. · La meta del 90% fue superada en solicitudes prioritarias y programables, y cumplida en urgentes. · Esto refleja una gestión eficiente y oportuna de la mesa de ayuda durante el cuarto trimestre.	
Capacitación en Responsabilidad Social (meta: 45% colaboradores)	Cumplimiento parcial (824/2477 esperados)	Cobertura suficiente, requiere continuar el fortalecimiento. Para la vigencia de 2024, la meta es capacitar al 45% de los colaboradores de la Subred, lo que equivale a 2,477 de un total de 5,505 colaboradores. Esta cifra se obtuvo a partir de las matrices remitidas por la Dirección de Contratación y la Dirección de Talento Humano en diciembre de 2023. De acuerdo con este plan, cada trimestre se debe capacitar a 618 colaboradores. Así, para el cuarto trimestre de 2024, se logró un cumplimiento del 100%, con una cobertura de 824 colaboradores, lo que permitió finalizar el año con una cobertura total de 3,403 colaboradores, cumpliendo con la meta establecida	
92% de apropiación al concepto de Responsabilidad Social, sobre los colaboradores priorizados	100% (539 colaboradores)	Meta cumplida. Para el sexto trimestre de la vigencia de 2024, se logró una apropiación del 100% por parte de 539 colaboradores en relación con los conceptos y el enfoque del Eje de Responsabilidad Social, alcanzada a través del curso MAO. En conclusión, para el año 2024 se logró una apropiación total del 95%, cumpliendo así con la meta establecida.	
Publicación del Informe de Sostenibilidad 2023	100%	Informe publicado en junio de 2024. El 5 de junio de 2024, se publica el informe de sostenibilidad 2023 en la página de la Subred https://www.subredsur.gov.co/conectemonos-mayo-2024/	
Cumplir al 100% el plan de trabajo del Eje de Responsabilidad Social definido para la vigencia	200% de cumplimiento	Para el IV trimestre de la vigencia 2024, se cumple el 100% de las actividades planteadas en el plan de trabajo de Responsabilidad Social de la vigencia 2024.	
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno

Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión administrativa	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento pleno en insumos, controles de riesgos y planes de mejoramiento. Excelente desempeño en atención de incidencias urgentes y prioritarias. Logro total en apropiación del concepto de Responsabilidad Social y publicación del informe de sostenibilidad. 	91.1%
---	-------------------------------------	--	-------

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno

- El mantenimiento preventivo de infraestructura quedó en 85%, por debajo de la meta del 96%.
- Las incidencias programables en infraestructura alcanzaron solo 79%, reflejando retrasos.
- La capacitación en Responsabilidad Social no logró cubrir el 45% de colaboradores.
- El mantenimiento biomédico alcanzó 93%, sin llegar al 96% esperado.

Balance general:

- Se demuestra cumplimiento global, con varias metas superadas , pero persisten brechas en infraestructura y capacitación que deben atenderse para consolidar la acreditación y estándares de calidad.

Se recomienda:

- Reforzar la planificación y seguimiento de actividades preventivas.
- Implementar alertas tempranas en la mesa de ayuda para casos programables.
- Asignar responsables con cronogramas más estrictos para evitar retrasos

Firma

Original firmado por

Astrid Marcela Méndez Chaparro

Jefe de Oficina Control Interno

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
2. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión Ambiental

Ítem	Meta	Resultado	Observación
1	Cumplir ≥95% planes de mejoramiento	100% (7/7 acciones)	Se ejecutaron todas las acciones previstas.
2	Ejecutar 100% controles de riesgos	100% (12/12 controles)	Cumplimiento total de controles definidos.
3	Mantener consumo per cápita de agua ≤ 0.17 m³/persona	0.077 m³/persona	Meta cumplida gracias a estrategias de ahorro y uso de aguas lluvias. De acuerdo con los datos recopilados en 2024, el consumo per cápita alcanzó los 0,090 m³/persona, lo que demuestra un cumplimiento satisfactorio de la meta establecida de 0,17 m³/persona. Este resultado se logró gracias a diversas iniciativas orientadas a la reducción del consumo, como la captación y utilización de aguas lluvias, la implementación de dispositivos ahorradores y otras acciones enfocadas en la eficiencia hídrica.
4	Mantener consumo per cápita de energía ≤ 3.19 KW/persona	2.731 KW/persona	Meta cumplida, con apoyo de energías limpias y luminarias ahorradoras. Este resultado se logró gracias a diversas iniciativas orientadas a la reducción del consumo energético, tal cual como la instalación y operación de energías limpias en las unidades de la subred, buenas prácticas de energía y cambio de luminarias por luminarias ahorradoras.
5	Incrementar 0.5% generación de residuos aprovechables	20% trimestral / 36% anual	Meta 100% . EL recuento para el año 2024 se tiene una generación promedio de 2,884 toneladas por encima de los 8,07 toneladas de la línea base, por lo cual en este caso se tiene un cumplimiento de 36%.

6	Incluir criterios de sostenibilidad en 6% de contratos	33% (30/91 contratos)	En el 2024 se incluyeron cláusulas sostenibles en el 33% de los objetos de contrato priorizados, con un total de 30 contratos priorizados con inclusión de criterios de sostenibilidad.
7	Incrementar 5% uso de transporte alternativo	542% (899 colaboradores)	De enero a junio de 2024 se registraron 5455 viajes mediante el QR y registros físicos quienes, teniendo una sumatoria de 899 colaboradores que han usado la estrategia y se movilizan en medios alternativos teniendo así un cumplimiento de 542%
8	Mantener adherencia ≥75% a programas ambientales	90% (161/179 registros)	Meta cumplida, alta adherencia a programas de residuos, agua y energía. Se tiene una adherencia del trimestre con un cumplimiento del 90% en el cual de un total de 179 registros , 161 listas de chequeo cumplen y tienen un porcentaje mayor al 75% de cumplimiento

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión Ambiental	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> La Subred Sur E.S.E. logró cumplimiento en todas las metas ambientales formuladas para la vigencia. Se destacan avances en eficiencia hídrica y energética, con consumos por debajo de los límites establecidos. La adopción de prácticas sostenibles en contratación y transporte alternativo presenta resultados muy superiores a las metas establecidas. La adherencia institucional a los programas ambientales refleja una cultura organizacional comprometida con la sostenibilidad. 	100%

Recomendaciones:

- Consolidar buenas prácticas en consumo de agua y energía, replicando estrategias exitosas en otras unidades.
- Fortalecer la trazabilidad de indicadores ambientales, especialmente en energía, para mejorar precisión en reportes.
- Mantener campañas de sensibilización sobre transporte alternativo y gestión de residuos, aprovechando el alto nivel de participación.

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
-------	---

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
3. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de servicios Ambulatorios

Meta	Resultado	Observación
Cumplir con la Oportunidad en la atención de las especialidades básicas en la subred. Medicina General 3 días Medicina Interna:15 Pediatría:5 Psiquiatría:11 Obstetricia:8	<p>2,44 días promedio Oportunidad en atención Medicina General</p> <p>6,05 días promedio Oportunidad en atención Medicina Interna</p> <p>5,35 días promedio Oportunidad en atención Pediatría</p> <p>9,36 días promedio Oportunidad en atención Psiquiatría</p> <p>4,73 días promedio Oportunidad en atención Obstetricia</p>	<p>Cumplimiento dentro del estándar (≤ 2 días). Se activaron planes de contingencia por ausencias y fallas administrativas. • Garantizar la completitud de las agendas a través de la demanda inducida con las diferentes RIAs , Reposición de inasistencias, seguimiento diario a agendas y gestión de completitud de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuó la prestación de los servicios en la modalidad presencial. • Se realizó apertura de la sede el Tunal y Danubio. estrategias las cuales fueron de gran ayuda para cumplir en el IV trimestre del 2023 con la oportunidad la cual quedo en 1,64. <p>Cumplimiento dentro del estándar (≤ 15 días). Se garantizó continuidad pese a contingencias. Para el 2024 se cumplió con el estándar en la oportunidad en la atención de consulta de medicina interna la cual siempre estuvo por debajo a 15 días.</p> <p>Cumplimiento dentro del estándar (≤ 15 días). Se presentaron retrasos puntuales, pero se mantuvo el estándar. Para el 2024 se cumplió con el estándar en la oportunidad en la atención de consulta de pediatría la cual siempre estuvo por debajo a 15 días.</p> <p>Cumplimiento dentro del estándar (≤ 15 días). Se mantuvo la oportunidad en la asignación de citas. Para el 2024 se cumplió con el estándar en la oportunidad en la atención de consulta de psiquiatría la cual siempre estuvo por debajo a 15 días.</p> <p>Cumplimiento dentro del estándar (≤ 15 días). Se garantizó la completitud de agendas. Para el 2024 se cumplió con el estándar en la oportunidad en la atención de consulta de obstétrica la cual siempre estuvo por debajo a 15 días.</p>
Mantener el rendimiento de los profesionales en Consulta de Medicina General, Odontología por encima de 2,8 actividades por hora. Enfermería por encima de 2,5 Actividades por Hora Rendimiento por profesional en Medicina General	<p>3,18 100% Rendimiento por profesional en Medicina General</p> <p>3,52 actividades/hora 100% Rendimiento por profesional en Odontología</p> <p>95% meta 2,65 actividades/hora Rendimiento por profesional en Enfermería</p>	<p>Cumplimiento bajo, afectado por ausencias y contingencias. Se implementaron estrategias de reposición y seguimiento. Para el 2024 el rendimiento por profesional en consulta de medicina general fue de 3,18 actividades por hora de las 82212 horas efectivas. Para lo cual se continua con el fortalecimientos de las estrategias implementadas como son: Monitoreo diario de agendas , gestión de completitud de la misma y reposición de inasistencias"</p> <p>Cumplimiento adecuado, gracias al monitoreo y reposición de citas canceladas. Para el 2024 el rendimiento por profesional en consulta de odontología fue de 3,52 actividades por hora de las 60458 horas efectivas, esto se debe al seguimiento y monitoreo de las agendas para reposición de citas canceladas e inasistencias.</p> <p>Cumplimiento satisfactorio, con fortalecimiento de estrategias de completitud de agendas. "Para el 2024 el rendimiento por profesional en consulta de enfermería fue de 2,65 actividades por hora de las 29685 horas efectivas del año.</p>
Gestión de eventos adversos	100% (10 eventos gestionados)	Todos los eventos fueron gestionados y socializados con el talento humano. Se gestionó en su totalidad los eventos adversos presentados en el periodo de seguimiento, para el 2024 se presentaron 10 eventos adversos para el cual el programa de seguridad al paciente realizó su correspondiente análisis y retroalimentación al talento humano.
Cumplimiento de planes de mejoramiento (PAMEC)	100% (57 planes)	Cumplimiento total de las acciones planteadas. la Dirección de Servicios Ambulatorios tiene en el aplicativo Almera 57 planes de mejora, con cumplimiento de 100% a las acciones planteadas durante el año.
Cumplimiento de controles de riesgos	100% (12 controles)	Cumplimiento total de los controles definidos, desde la dirección de servicios ambulatorios para los riesgos del proceso.
Reporte de sucesos voluntarios	Incremento al 25% meta 100%	Se fortaleció la estrategia de reporte y socialización mensual en unidades ambulatorias.
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	

CUMPLIMIENTO	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de servicios Ambulatorios	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<p>La Subred Sur E.S.E. logró cumplimiento pleno en oportunidad de atención de especialidades clínicas, manteniéndose dentro de los estándares normativos.</p> <p>El rendimiento por profesional presenta variaciones: bajo en medicina general, pero adecuado en odontología y enfermería.</p> <p>El reporte de sucesos voluntarios aumentó, reflejando una cultura de seguridad fortalecida.</p>	99%

Recomendaciones:

- .Medicina General: reforzar estrategias de reposición de citas y gestión de ausencias para mejorar el rendimiento por hora.
- Gestión de agendas: continuar con el monitoreo diario y planes de contingencia para garantizar oportunidad en todas las especialidades.
- Eventos adversos: mantener la socialización periódica y retroalimentación al talento humano para consolidar la cultura de seguridad.

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
-------	--

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
4. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de la Calidad

Ítem	Meta	Resultado	Observación
1	Mantener índice de infecciones asociadas a la atención ≤2,1%	0,40% anual / 0,45% trimestre	Meta cumplida, Para el año 2024 se mantuvo por debajo de meta institucional con 259 casos con una tasa de 0,40 en donde se fortaleció las medidas de prevención (higiene de manos, limpieza y desinfección, normas de bioseguridad, seguimientos dispositivo).
2	Aplicación de guía de manejo en hemorragias y trastornos hipertensivos gestantes ≥90%	93% trimestre / 98% anual	Meta superada, adherencia alta a guías clínicas. Para el año 2024 se supera la meta del indicador, la cual estaba definida en un resultado de mayor o igual a 90% en la aplicación de guía de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes obteniéndose un resultado para la vigencia del 98%.
3	Aplicación de guía de manejo primera causa de egreso hospitalario ≥90%	100% trimestre y anual	Cumplimiento total en auditorías de historias clínicas. Para el año 2024 se supera la meta del indicador, la cual estaba definida en un resultado de Mayor o igual a 90% aplicación de guía de manejo primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, obteniéndose un resultado para la vigencia del 100%
4	Cumplir ≥95% acciones de mejoramiento	100% trimestre y anual	Todas las acciones ejecutadas. Para el año 2024 se planificaron 155 acciones de mejora para el proceso producto de las diferentes fuentes de mejoramiento las cuales se ejecutaron en un 100% para la vigencia superando el resultado del indicador.
5	Ejecutar 100% controles de riesgos	100% trimestre y anual	Cumplimiento total de controles definidos en matriz de riesgos.
6	Cumplir ≥96% plan de acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	99%-100%	Meta cumplida, resultados positivos en FURAG.

7	Cumplir ≥95% plan de acción del Sistema Único de Acreditación (SUA)	100% trimestre y anual	Cumplimiento total de actividades de acreditación. Frente al cumplimiento de las actividades establecidas para el año 2024 se da un cumplimiento del 100%, alcanzo todos los logros y metas establecidas en el plan de trabajo y el cumplimiento de las actividades encaminadas a la acreditación de la Subred
8	Cumplir ≥96% PAMEC	99,7%	Meta cumplida, seguimiento y ejecución de planes de mejora. Durante el mes de diciembre se realiza el último seguimiento al plan de mejora, que corresponde al cierre, monitorizándose las acciones aprobadas por los procesos y programadas para ser ejecutadas en el periodo comprendido desde el 01 de marzo de 2024 hasta el 30 de noviembre de 2024. Conforme a lo anterior se evidencia que se ejecutaron adecuadamente 309 acciones de las 310 programadas para la vigencia, alcanzando el 99,7% de cumplimiento, superando la meta establecida para la vigencia del 95%.
9	Mantener acreditación institucional (auto-evaluación ≥1,5)	100% (3,5/3,5)	Meta cumplida, autoevaluación positiva. Para este indicador el dato final se obtiene con los resultados de la autoevaluación que se tiene programa para realizar en el mes de enero y febrero de 2025.
10	Gestionar 100% eventos adversos	100% trimestre y anual	Todos los eventos fueron gestionados y analizados. Para la vigencia de 2024 se cumplió la meta establecida frente a la gestión del 100% de los eventos adversos prevenibles
11	Cumplir ≥90% normalización documental	91%-93%	Meta cumplida, incremento en solicitudes documentales atendidas. Se realiza cierre del año 2024 con un resultado positivo y mayor a la meta propuesta del 90%. Se cumple satisfactoriamente la normalización las solicitudes recibidas.
12	Cumplir 95% plan de acción del Sistema Único de Habilidades (SUH)	100% trimestre y anual	Cumplimiento total de actividades. Frente al cumplimiento de las actividades establecidas para el año 2024 se da un cumplimiento del 100%, alcanzo todos los logros y metas establecidas en el plan de trabajo y el cumplimiento de las actividades encaminadas al mantenimiento de la Resolución 3100
13	Programa de Humanización Institucional	100% trimestre y anual	Meta cumplida, ejecución completa de actividades. Para la vigencia de 2024 se cumplió la meta establecida frente a la ejecución del programa de humanización

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de la Calidad	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<p>Gestión de Calidad cerró el 2024 con un alto nivel de cumplimiento alcanzando o superando las metas establecidas en todos los indicadores.</p> <p>Se evidencia un avance sostenido en acreditación y habilidad, consolidando la cultura de mejoramiento continuo.</p> <p>La gestión de riesgos y seguridad del paciente muestra resultados robustos, con cobertura total en controles y eventos adversos.</p> <p>El programa de humanización se ejecutó en su totalidad, reflejando compromiso institucional con el trato digno y la satisfacción del usuario.</p>	99,8%

Recomendaciones:

- Mantener y reforzar las estrategias de prevención de infecciones, asegurando sostenibilidad de los resultados.
- Continuar Replicando las buenas prácticas de gestión de riesgos y eventos adversos en todas las unidades de la Subred.
- Integrar resultados de humanización y calidad en los procesos de acreditación para fortalecer la imagen institucional.

Firma

Original firmado por
Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
5. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Comunicación estratégica

Ítem	Meta	Resultado	Observación
1	Mantener el resultado de la vigencia anterior, la divulgación del portafolio de servicios y el modelo de salud APS a los grupos de valor.	98%	Se actualizó portafolio, se fortaleció divulgación en redes sociales y jornadas de atención. Se obtuvo un gran resultado alcanzando un 98% de la meta establecida, esto evidencia el trabajo constante que se ha llevado a cabo año tras año, donde se realizan diferentes actividades que le apuntan al fortalecimiento de la divulgación del portafolio de servicios y el modelo de salud APS a los diferentes grupos de valor.
2	Cumplir 100% actividades del PECO	98%	Se ejecutaron todas las actividades, incluyendo campañas de sensibilización, piezas gráficas y audiovisuales. El cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones – PECO - en la vigencia fue de 99.8%. Es importante resaltar que la meta que quedó en 98%, es calculada producto del resultado de las encuestas internas y externas de comunicación, por lo que actualmente se trabaja en fortalecer las oportunidades de mejora que se evidencian.
3	Aumentar en un 10% la meta de la vigencia anterior la realización de actividades relacionadas con acreditación durante el año.	100%	Con articulación con Humanización y acompañamiento en procesos de acreditación, durante el año se trabajó articuladamente con la Oficina de Calidad buscando fortalecer el acompañamiento que se daba en las actividades relacionadas con acreditación, producto de esto se logró superar la meta y dejar un cumplimiento del 100%
4	Cumplir 94% plan de acción MIPG	98,1%	Meta cumplida, con evaluación conjunta y apoyo transversal en innovación y comunicación. Para el cuarto trimestre se cuenta con la evaluación conjunta de la medición de la herramienta de Plan de Sostenibilidad de MIPG, para el año el resultado final es de 98,1% institucionalmente, directamente el proceso de comunicaciones está relacionado con la dimensión No. 5 Innovación y Comunicación, y apoya transversalmente a la entidad.
5	Cumplir ≥95% planes de mejoramiento	100%	Todas las acciones de mejora fueron ejecutadas.
6	Ejecutar 100% controles de riesgos	100%	Cumplimiento total, con capacitación y monitoreo permanente de riesgos reputacionales y de comunicación.
7	Lograr cobertura ≥95% en información descendente	100%	Encuestas evidencian cobertura plena, fortalecida con estrategias digitales y comunicación interna.
8	Realizar acompañamiento a 215 actividades programadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano durante el año.	100%	Se duplicó la meta, con más de 400 actividades realizadas, fortaleciendo la participación comunitaria. Se cumple en un 100% la meta, de las 247 actividades planteadas para la vigencia se realizaron el doble, esto producto de un trabajo articulado donde se priorizó la creación de contenido de valor para contribuir al posicionamiento de las estrategias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Comunicación Estratégica	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> Gestión estratégica sólida en comunicación interna y externa, con cobertura superior al 95%. Articulación efectiva con procesos de calidad y humanización, fortaleciendo la acreditación institucional. Participación comunitaria robusta, con actividades duplicadas respecto a la meta inicial. 	99,8%



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

Recomendaciones:

- Fortalecer la analítica digital, midiendo impacto real de las campañas en redes sociales y canales internos.
- Mantener articulación con calidad y humanización, integrando resultados de comunicación en procesos de acreditación.
- Documentar buenas prácticas de comunicación estratégica para replicarlas en otras subredes y procesos institucionales.

Firma

Original firmado por
Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
---	--

6. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Control Interno
----------------------------------	--

Ítem	Meta	Resultado	Observación
1	Cumplir ≥95% planes de mejoramiento inscritos	100%	El proceso no cuenta con acciones de mejora que presenten incumplimiento de su ejecución en vigencia 2024, razón por la cual su indicador queda en "0", pero con cumplimiento del 100 %
2	Ejecutar 100% controles de riesgos registrados en la matriz	100%	Se cumplieron todos los controles establecidos para riesgos de gestión y corrupción.
3	Cumplir ≥94% plan de acción de disminución de brechas (MIPG)	100%	No hubo actividades pendientes; todas las acciones ejecutadas.
4	Incrementar en 4% el resultado del informe parametrizado del SCI (línea base 86%)	96%	Meta cumplida y superada; se alcanzó un resultado superior al esperado. El informe para Cierre del segundo semestre se reporta con fecha máxima 31 de enero de 2024. Sin embargo el resultado del I semestre de 2024 para el informe pormenorizado es 96% y se anexa soporte
5	Cumplir ≥95% ejecución del Programa Anual de Auditorías	95%	Se ejecutaron 24 de 25 auditorías programadas en el trimestre; cumplimiento alto.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Control Interno	Ejecución del Plan Operativo Anual-	Cumplimiento pleno en planes de mejoramiento y controles de riesgos, lo que refleja una gestión sólida y preventiva. Resultados superiores en el informe del Sistema de Control Interno (SCI), con un incremento del 10% sobre la línea base.	99,8%

Recomendaciones:

- Mantener la cultura de prevención y control, replicando las buenas prácticas de gestión de riesgos y planes de mejoramiento en todas las áreas de la Subred.
- Asegurar la ejecución total del Programa Anual de Auditorías, reforzando la planificación y seguimiento para evitar brechas.

Firma

Original firmado por
Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno				
7. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Control Disciplinario Interno				
Ítem	Meta	Resultado	Observación		
1	Cumplir ≥95% planes de mejoramiento inscritos	0 acciones reportadas – cumplimiento 100%	No hubo acciones de mejora pendientes en el trimestre.		
2	Ejecutar 100% controles de riesgos disciplinarios	9/9 controles ejecutados – 100%	Se cumplió con todos los controles establecidos.		
3	Práctica de pruebas disciplinarias	122 pruebas practicadas sobre 475 procesos	Se cumplió con la práctica de pruebas en procesos en etapa probatoria. Durante la vigencia 2024, se practicaron un total de 122 autos de pruebas y 410, sobre 475 procesos en etapa de evaluación, como se verifica en el libro de autos y actuaciones disciplinarias obrantes en los expedientes sometidos a reserva legal.		
4	Evaluación de quejas disciplinarias	127 quejas recibidas – 118 evaluadas oportunamente	Se gestionó el 93% de las quejas recibidas. En la vigencia 2024, se recibieron 127 quejas de las cuales 118 fueron oportunamente evaluadas por la Oficina, como se verificó en libro radicador, libro de autos y actuaciones disciplinarias obrantes en expedientes disciplinarios sometidos a reserva legal.		
5	Trámite de quejas disciplinarias	65 quejas tramitadas	Se dio curso a las actuaciones disciplinarias correspondientes. Durante la vigencia 2024, se realizó seguimiento y trámite a 65 quejas presentadas en el Sistema de Quejas y Denuncias Distrital.		
6	Capacitaciones y sensibilización	1663 funcionarios capacitados	Se realizaron jornadas de formación en temas disciplinarios y normativos. Durante la vigencia 2024, se realizaron sesiones de capacitación virtual a 1663 funcionarios, colaboradores y estudiantes de acuerdo a su vinculación con la entidad, de conformidad con cronograma diseñado y listado de asistentes dispuesto por la Dirección de Talento Humano para esta actividad.		
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
		5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados		
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Control Disciplinario Interno		Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> · Cumplimiento pleno en controles de riesgos disciplinarios (100%), garantizando transparencia y prevención. · Gestión oportuna de quejas, con más del 90% evaluadas dentro de los tiempos establecidos. · Amplia cobertura en capacitación, alcanzando a más de 1600 funcionarios, lo que fortalece la cultura disciplinaria. · Práctica efectiva de pruebas disciplinarias, asegurando rigor en los procesos investigativos, 		
Recomendaciones:					
<ul style="list-style-type: none"> · El trámite de quejas muestra un volumen alto (65), lo que puede reflejar necesidad de fortalecer mecanismos preventivos para reducir incidencias. · Aunque se evaluaron 118 de 127 quejas, existe un 7% pendiente, lo que indica oportunidad de mejora en la cobertura total. 					
Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno				

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno		
8. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Direccionamiento Estratégico.		
Ítem	Meta	Resultado	Observación
1	Cumplir ≥95% planes de mejoramiento inscritos	100%	Se ejecutaron todas las acciones de mejora previstas. El proceso de Direccionamiento Estratégico, soporto oportunamente 55 acciones de mejora de las 55 que estaban programadas para ejecutarse en 2024, razón por la cual queda con un cumplimiento del 100 %. Este Porcentaje obedece a la gestión del proceso y el resultado del seguimiento realizado desde la segunda línea de defensa - (Oficina asesora de desarrollo institucional y oficina asesora de calidad)
2	Ejecutar 100% controles de riesgos registrados en la matriz	100%	Se cumplieron los controles definidos para riesgos institucionales.
3	Cumplir al 96% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	100%	Se realizaron las actividades programadas, con evidencia de cumplimiento. Con respecto a la medición de las brechas identificadas en la evaluación del Índice de Desempeño, para la vigencia 2024, se contemplaron 143 acciones bajo el esquema de ciclo PHVA, lo cual corresponde a la medición de las 16 políticas evaluadas en el ciclo 2023, este se monitorea en la matriz de sostenibilidad del modelo integrado de planeación y gestión institucional, y es presentado en el comité sectorial de MIGP en secretaría Distrital de Salud, este informe contempla las observaciones que indica el DAFFP, como prioritaria para avanzar en la calificación y medición del año posterior.
4	Mantener como mínimo en un 96% la Calificación del Índice de Desempeño Institucional en el Marco de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	100%	Se ejecutaron todas las actividades de cierre de brechas. La subred Integrada de Servicios de Salud Sur, para el año 2023, obtiene un resultados del 95%, dato que se hizo oficial el día jueves 25 de Julio de 2024 por medio de la página del DAFFP, mostrando un avance con respecto a la medición del año 2022 el cual fue de 94.2%. Realizando un análisis de la posición en ranking de las entidades territoriales evaluadas, la Subred Sur ocupa el puesto 11, a nivel Distrital se ubica en el puesto No. 6, y en las entidades del Sector Salud en el puesto No. 2, seguido de la subred Sur Occidente. Los resultados por dimensión, indica que la Dimensión que obtuvo mayor desempeño fue la de Direccionamiento y Planeación Estratégica con 99.1%, seguida de la de Control Interno con 99.0, en tercer lugar, la de Talento Humano con puntaje de 97.4. en cuanto a la medición por Políticas la de mayor desempeño están que se asocian a la Participación Ciudadana (100%), servicio al Ciudadano (100%), defensa jurídica (100%), gestión del conocimiento (97.1%) y control interno (99.0%) Y Planeación Institucional (99.0%).
5	Cumplir al 97% el Programa de Transparencia y Ética Pública.	100%	De las 123 actividades programadas se ejecutaron en su totalidad
6	Cumplir con el avance de fortalecimiento de la infraestructura y dotación del Sector Salud Distrital. Operacionalizar el modelo de atención en salud Modelo AIS, mediante la ejecución de 7 proyectos para la modernización de la infraestructura hospitalaria.	100%	Los proyectos se están ejecutando con seguimiento por interventoría y supervisión con ajustes en cronogramas
7	Ejecutar el 100% de los recursos para proyectos de Infraestructura	70%	Se ejecutaron los recursos con brechas identificadas y con acciones de mejora
8	Mantener la participación de la facturación de otros pagadores en la facturación total de las fuentes diferentes a FFDS y Capital Salud EPS mayor o igual al 30%	100%	Se alcanzaron los resultados esperados en desempeño institucional.
9	Gestionar el 100% de los convenios Institucionales.	100%	se realiza seguimiento a los convenios Interadministrativos en ejecución en la vigencia 2024

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Direcciónamiento Estratégico	Ejecución del Plan Operativo Anual-	Incorporar análisis cualitativos que permitan medir el impacto real de las acciones en la cultura institucional. Fortalecer el seguimiento intermedio de metas, evitando que los resultados dependan únicamente de reportes trimestrales.	97,5%
Recomendaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> · Mejorar la trazabilidad de indicadores, registrando avances parciales para dar mayor claridad en los reportes. 			
Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno		

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
9. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión Financiera

Ítem	meta	Resultado	Observación
1	Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Seguimiento trimestral, todas las acciones registradas y ejecutadas.
2	Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	Se evaluaron 107 controles, todos ejecutados según matriz de riesgos.
3	Cero o variación negativa	100%	No existen obligaciones pendientes por salarios ni contratos de servicios.
4	Resultado al 100% del equilibrio presupuestal con recaudo	93,12%	Déficit operativo: ingresos \$740.718 millones vs gastos \$795.415 millones. El resultado del indicador de Equilibrio Presupuestal con corte 31 de diciembre de 2024 es de 93,12%, con unos ingresos totales recaudados de \$740,718 millones y unos gastos totales comprometidos de \$795.415 millones, incluido el recaudado con destinación específica de inversión por valor de \$254.507 millones, realizado el análisis se evidencia dentro de la ejecución al mes de Diciembre de 2024 un recaudo sin Inversión por valor de \$486,211 y gasto sin Inversión por valor de \$587,583 en porcentaje de equilibrio del 83%
5	Mejorar la rotación de cartera menor o igual 200 días.	98 días	Rotación equivalente a 3,66 veces/año, depuración activa de cartera. La cartera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE con corte a diciembre 31 de 2024 presenta un indicador de 98 días de rotación, es decir 3,66 veces por año, esto equivale al 100% de cumplimiento frente a la meta establecida de 200 días.

			Es de anotar que para determinar este resultado no se tuvieron en cuenta empresas en liquidación y lo pendiente de radicar y que durante la vigencia se han desarrollado actividades para cumplir con la meta establecida así:	
6	Mantener como mínimo una radicación del 98% de la facturación	99%	Facturación \$481.131 millones, radicación \$476.659 millones. Dificultades con EPS específicas. Con corte a 31 de diciembre de 2024 se registra una facturación causada por \$481,131 millones y una radicación de \$476,659 millones, equivalente a un 99% de radicación. Se presenta dificultad en la radicación con Cajacopi, ADRES, Comfamiliar Choco y Faminsanar principalmente.	
7	Resultado del indicador UVR < 0,90	0,89	Racionalización de gastos frente a producción de servicios. Fuente oficial SIHO pendiente. Se remite resultado preliminar del indicar, teniendo en cuenta que la fuente de información es la Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección social, que es publicada hasta el mes de marzo de 2025 El cálculo del gasto por Unidad de Valor Real producida en la vigencia de 2024 fue de \$10.688 mientras que en el año 2023 a precios constantes 2023 fue de \$11.903, con un resultado de 0,89.	
8	Costos y Gastos / Recaudo de la vigencia más cxc = 1	0,98	Ingresos \$502.011 millones vs costos \$512.943 millones. Cumplimiento cercano pero con presión financiera. La estructura de costos de la Subred Integrada de Ser E.S.E, contenida en la Resolución DDC 000001 de metodología, estructura para el cálculo de los costos h vigencia 2024, se observan unos ingresos operaciona 502,011 Millones frente a unos costos operacionales po Millones, generando un desequilibrio por el orden del 2 \$-10,933 Millones, significando esto que por cada peso q financian 0.98 pesos.	

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión Financiera	Ejecución del Plan Operativo Anual-	Cumplimiento pleno en planes de mejoramiento, controles de riesgos, pagos salariales, rotación de cartera y radicación de facturación. Disciplina financiera en control de costos y racionalización del gasto (UVR 0.89).	98.9%

Recomendaciones:

- Se requiere reforzar estrategias de recaudo y contención del gasto, así como mejorar la articulación con EPS para radicación oportuna.

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
-------	--

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno		
10. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión del Conocimiento		
ITEM	META	Resultado Meta	ANUAL OBSERVACION
1	Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Se desarrollan las acciones correspondientes.
2	Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	Se cumplieron los controles definidos para riesgos institucionales
3	Cumplir al 96% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	100%	Se realizan las actividades propuestas para el cierre de brechas.
4	Cumplir como mínimo el 90% de los requisitos de Hospital Universitario.	100%	Este año 2024 no se realiza la postulación de la unidad del Tunal, esta decisión está basada en que se encuentra pendiente la entrega de la infraestructura de la nueva torre de urgencias, esta ayudara a fortalecer los procesos asociados al servicio de urgencias y así impactar en la mejora de este proceso, por este motivo la alta dirección definió posponer la postulación de Tunal para el 2025, teniendo en cuenta la proyección de entrega de la nueva torre para octubre del 2025.
5	Mantener la ocupación académica menor o igual al 100% en los escenarios de práctica formativa definidos conforme a la capacidad instalada de estos.	100%	Cumpliendo con la Meta 5, de no superar la capacidad académica instalada a un 100%
6	Cumplir al 80% la adherencia de los usos de herramientas y apropiación del conocimiento.	100%	Se realizó el 100% de las actividades planeadas en el año cumpliendo con la adherencia de las herramientas de apropiación del conocimiento
7	Avanzar en un 80% en la construcción del Centro de Investigación de la Subred Sur.	102%	Se adjunta el informe de Avances en BPC (Anexo 1) en donde se indican los avances y se explica cómo fue el proceso de auditoría. Se adjunta además el informe de auditoría, como Anexo 2. Y se adjunta la matriz de avances en los planes de mejora - BPC corte del 26 de diciembre. Se aclara que los parámetros de calificación se cambian a partir de este trimestre
8	Lograr una calificación mayor o igual a 60 puntos en el Índice de Innovación Pública Distrital mediante el cumplimiento del Plan de Innovación Institucional.	100%	Se realizó el 100% de las actividades planeadas en el año cumpliendo con el plan de trabajo diseñado en el año 2024
9	Avanzar en un 30 % en el cumplimiento de los requisitos para la certificación ministerio como centro de investigación MINCIENCIAS	56%	Se adjunta la matriz de autoevaluación con los criterios de Min ciencias para el Centro de investigación como Anexo 1. Y adicionalmente, se presenta un plan de trabajo para para poder avanzar al menos en el 30% del cumplimiento de los estándares pendientes, tal como se muestra en el Anexo 2. Se considera superada la meta de los 30%, es decir un cumplimiento total.
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
5.1. Indicador		5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno

Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión del Conocimiento	Ejecución del Plan Operativo Anual-	Meta 7 superada (102%), mostrando avances significativos en el Centro de Investigación. Innovación y gestión académica fortalecidas, con cumplimiento total en ocupación académica y plan de innovación.	95.3%
---	-------------------------------------	--	-------

Recomendaciones:

- Meta 9 (certificación MINCIENCIAS) con resultado de 56%, aunque supera la meta mínima, refleja rezago frente a estándares más altos.
- Meta 4 (Hospital Universitario) cumplida en términos de requisitos, pero la postulación se pospuso, lo que retrasa el impacto esperado.
- Las debilidades se concentran en la certificación MINCIENCIAS y la postulación a Hospital Universitario, que requieren continuidad y gestión estratégica en 2025.

Firma

Original firmado por
Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.		Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno	
11. Fecha Febrero de 7 de 2025		2. Dependencia a evaluar: Gestión de Riesgo en Salud	
ITE M	META	% CUMPLIMENTO	
1	Lograr un cumplimiento ≥ al 100% de las actividades definidas para la actualización, implementación y despliegue del Modelo de Atención primaria en Salud conforme a los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud.	100%	<p>El año 2024 cierra con un 100% de cumplimiento del cronograma planteado para avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios, tal y como se detalla en el IV trimestre 2024 se resalta el desarrollo del cronograma planteado con reconocimiento de las actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorear la estrategia consultorio dinamizador en las diferentes unidades de servicios de salud - Crear o actualizar formatos de historia clínica - Realizar análisis del diligenciamiento de las variables definidas en las historias clínicas - Analizar resultados de manera nominal y plantear intervenciones según sea el caso - Socializar resultados a equipos de trabajo asistencial, administrativo y directivo según sea el caso - Actualizar y/o documentar los procesos y procedimientos relacionadas con la identificación, análisis y monitoreo de la gestión integral del riesgo en salud - Realizar monitoreo de las acciones de equipos territoriales <p>Se resaltó durante la ejecución el liderazgo del equipo técnico, conformación de equipos de trabajo específico, mantenimiento de las estrategias y programaciones definidas, reporte normativo de las diferentes RIAS, Cuentas de Alto Costo, análisis del comportamiento en salud, disponibilidad de escenarios para toma de decisiones, abordaje de resultados con des</p> <p>En comparación con el año anterior se mantiene el resultado, dadas las estrategias y despliegue de intervenciones que permiten alcanzar lo proyectado.</p> <p>La subred continua en la mejora continua de los procesos, revisión y actualización del nuevo modelo de salud + BIENESTAR como reto a la nueva vigencia a partir del 2025.</p>
2	Implementar al 100% las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud.	100	<p>Para el año 2024 la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, continua en el proceso de implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud, como herramienta para la gestión del riesgo en salud, siendo esto último la columna vertebral del Modelo de Prestación de Servicios de la Subred Sur ESE. A continuación, se relacionan los avances en el proceso de implementación de las rutas priorizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruta para la promoción y mantenimiento de la salud. • Ruta Materno perinatal. • Ruta cardio cerebro cardiovascular y metabólico. • Ruta de Salud mental (incluye salud mental y consumo de sustancias psicoactivas) <p>Durante el año 2024 se da continuidad a las acciones de fortalecimiento en la implementación de dichas rutas; dentro del proceso de planeación, se formula el Plan de Implementación por ruta de atención, el cual consta de 7 líneas de intervención conforme a lo estipulado Normativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseguramiento • Enfoque diferencial • Salud Pública

			<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de Servicios • Talento Humano • Intersectorialidad • Gobernanza
3	Evaluación del modelo de atención en salud rural de la Subred y de acuerdo a las desviaciones proponer ajustes.	100	<p>La Secretaría Distrital de Salud en concordancia con el Plan De Desarrollo Distrital 2020-2024: Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, formula el lineamiento para el abordaje de la salud en la zona rural del Distrito Capital, dirigido fundamentalmente a las localidades de Usme, Cuidad Bolívar y Sumapaz pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur E.S.E.</p>
4	<p>Cumplir con la cobertura útil de biológicos de vacunación al 95%.</p> <p>Porcentaje de Coberturas de vacunación BCG 100</p> <p>Porcentaje de Coberturas de vacunación Pentavalente 100</p> <p>Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 1 84</p> <p>Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 2: 74</p>	90	<p>Se logró la meta operativa, garantizando cobertura total en las unidades de salud.</p> <p>Pese a todo lo descrito, el resultado de este indicador no fue óptimo y continua siendo un reto para el año 2025 a nivel salud, comunidad y articulación intersectorial.</p> <p>La Subred continua con reuniones de fortalecimiento intersectorial y articulación con EAPB en jornadas de vacunación nacional y de intensificación.</p>
5	<p>Cumplir al 100% las metas Distritales de los Indicadores Trazadores de Salud Pública a través de la implementación del modelo de atención en salud en red.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Razón de Mortalidad Materna subred Sur. Meta: 23,6 *100,000 NV 0</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores: Incidencia de Sífilis Congénita Subred Sur. Meta: 0.5 *1000 NV 100</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores. Tasa de Mortalidad por Desnutrición en niños menores de 5 años. DTN: 0 100</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores. Tasa de Mortalidad Infantil Subred Sur. Meta: 8,4 *1000 NV</p>	<p>Para el año 2024 se identifica 1 caso de mortalidad materna de la población asignada mayor a 6 meses a la Subred integrada de servicios de salud Sur. Para este año se identifica un incumplimiento del indicador (1 caso de muerte materna) en el mes de septiembre</p> <p>Es de resaltar, que una vez se realice el análisis del caso con Secretaría Distrital de Salud este resultado del caso estará sujeto a cambios de acuerdo a la clasificación final del evento y conclusiones.</p> <p>Para el año 2024 no se identifican casos de sífilis congénita de la población asignada mayor a 6 meses a la Subred integrada de servicios de salud Sur.</p> <p>Con un cumplimiento del 100% del indicador (0 casos presentados). Se mantienen las estrategias definidas por la subred en el marco de la ruta materno perinatal.</p> <p>Es de resaltar que se han identificado casos de sífilis gestacional y se ha realizado tratamiento al 100% siendo esta una medida para mitigar la presencia de sífilis congénita. De igual forma se cuenta con los seguimientos de historia clínica para la demanda inducida y acciones con enfoque preventivo.</p> <p>En comparación con el año anterior se mantiene el resultado siendo este favorable.</p> <p>Para el año evaluado no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición de acuerdo a la definición de caso para monitoreo lo que representa un 100% de cumplimiento del indicador.</p> <p>La Subred Sur se mantiene en el desarrollo de estrategias orientadas al abordaje integral tanto individual como colectivo una vez se identifican los casos. En comparación con el año anterior se mantiene el resultado de 0 casos.</p> <p>Se resalta para el año el desarrollo de 3 salas situacionales (2 de nutrición y una de infancia), las cuales favorecieron el seguimiento de la población priorizada y la toma de decisiones del equipo técnico.</p> <p>Para el año 2024 evaluado, no se identificaron casos asociados a la atención en salud en la Subred Sur para la población asignada mayor a 6 meses. Este logro se refleja en el cumplimiento del 100% del indicador establecido, manteniendo un resultado de 0 casos reportados. Esta tendencia favorable es un indicador positivo de las estrategias implementadas.</p> <p>Es importante destacar el papel activo en las intervenciones desde la cohorte de infancia, quien trabaja de manera articulada con la cohorte de nutrición para implementar estrategias de abordaje integral dirigidas a la población en riesgo. A pesar de no haberse presentado casos de mortalidad asociados en este periodo, la Subred trabaja activamente en la identificación y mitigación de riesgos mediante una gestión integral y preventiva. Esto incluye la detección temprana de condiciones de riesgo y el seguimiento individualizado de la población más vulnerable, asegurando la continuidad del cuidado a través de la historia clínica electrónica.</p>

		Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores. Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años subred sur. Meta. 6,63 * 100,000NV 100	<p>Para el año 2024 , no se identificaron casos asociados a la atención en salud de la población mayor a 6 meses asignada a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Este resultado refleja un cumplimiento del 100% del indicador, con 0 casos presentados, manteniéndose estable en comparación con el año anterior.</p> <p>Este logro se atribuye a la implementación de estrategias proactivas y una adecuada planeación para abordar de manera integral los riesgos en la primera infancia, con especial atención a la prevención de complicaciones derivadas de picos respiratorios.</p> <p>Gracias a estas acciones, se ha logrado mantener el indicador en 0 casos, reflejando un abordaje efectivo y preventivo en la población infantil de la Subred Sur.</p>
		Porcentaje de cumplimiento de Indicadores Trazadores. Meta: 14,6 *1000 NV 100	<p>Para el año 2024 no se identifican casos asociados a la atención en salud de la población asignada mayor a 6 meses a la Subred integrada de servicios de salud Sur.</p> <p>Para este mes se identifica un cumplimiento del 100% del indicador (0 casos presentados).</p> <p>En comparación con el año anterior continua con 0 casos, lo que favorece el cumplimiento del indicador.</p> <p>Se mantienen las estrategias definidas.</p>
6	Captar el 85% de las gestantes antes de la semana 12.	88	<p>Para el año 2024 la Ruta Materno Perinatal consciente de la importancia de la captación temprana de las gestantes viene desarrollando y fortaleciendo sus estrategias, contemplando las acciones desde la preconcepción como son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la consulta preconcepcional 2. Implementación de Estrategia Si Rie 3. Captación inmediata de usuarias con pruebas de embarazo positivo 4. Trabajo articulado con las EAPB para el reporte oportuno de las gestantes posterior a su afiliación. 5. Reporte a la EAPB de la base de gravidiz positivos para la gestión del riesgo compartido (asegurador e IPS). 6. Gestión administrativa con las EAPB para gestantes con problemas en el aseguramiento. 7. Diseño de piezas comunicativas enfocadas en captación temprana, 8. Fortalecimiento técnico al personal asistencial y administrativo para el direccionamiento inmediato de las gestantes que se identifiquen. 9. Teniendo en cuenta que el 67% de las gestantes ingresan al control prenatal con pruebas de embarazo caseras y/o de laboratorios externos a la subred, <p>RESULTADOS ESTRATEGIA "Captación inmediata de usuarias con pruebas de embarazo positivo, las cuales son informadas por el laboratorio clínico diariamente para su respectiva inscripción al control prenatal y registro de seguimiento en HC214" Julio a diciembre de 2024: Para el periodo junio a diciembre de 2024, se canalizan 790 gestantes de las bases de laboratorio, urgencias y hospitalización, de las cuales el 89% (677 gestantes) corresponden a población asignada y un 11% población de otras EAPB con las cuales la subred no tiene atención de control prenatal.</p> <p>Se cuenta con plan de mejoramiento institucional publicado en Almera con respectivo seguimiento.</p>
7	Mayor o igual a 90% mortalidad intrahospitalaria	100	<p>En comparación con el año 2023 se mantiene resultado de cumplimiento.</p> <p>La Subred cuenta con escenario oficial para presentación de resultados y análisis en el comité de vigilancia en salud pública y estadísticas vitales.</p>
8	Mayor o igual a 80% aplicación de guía Crecimiento y Desarrollo	100	<p>Para el año 2024, se da cumplimiento del 100% con relación a la meta establecida.</p>
9	Gestionar el 100% de los eventos adversos identificados en el proceso.	100	
10	Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100	
11	Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100	
12	Incrementar en 5% los Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad con respecto a la vigencia anterior	100	
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
		5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de Riesgo en Salud		Ejecución del Plan Operativo Anual-	<p>La gestión institucional es sólida en documentación, articulación intersectorial y monitoreo, pero requiere reforzar estrategias de adherencia terapéutica y captación temprana.</p> <p>Talento humano comprometido y capacitado.</p> <p>Articulación efectiva con sectores y actores del sistema de salud</p> <p>Monitoreo constante mediante salas situacionales y comités asistenciales.</p>
			92,3%



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

Recomendaciones:

Se cuenta con plan de mejoramiento institucional publicado en Almera con respectivo seguimiento, realizando abordaje de las demoras en salud identificadas en la unidad de análisis del caso materializado.

Continuar con la Implementación de estrategias de seguimiento técnico y operativo.

Firma

Original firmado por

Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno	
12. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión Documental	
Meta Estratégica / Indicador	Resultado (%)	Observación
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Se ejecutaron las acciones programadas con soporte oportuno.
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	Se ejecutaron los controles definidos en la matriz de riesgos.
Cumplir al 94% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	99%	Se ejecutaron las actividades programadas para cierre de brechas .
Lograr en un 90% la implementación de las tablas de retención documental en las 21 oficinas conforme a la estructura organizacional de la Subred Sur en cuanto a la organización de los archivos electrónicos y físicos de la entidad.	279%	Dando cumplimiento GI-GDO-PP-01 V6 PLAN DE CAPACITACION GESTION DOCUMENTAL, el proceso realizó para la vigencia 2024 las capacitaciones enmarcada en la aplicación y manejo de las tablas de retención documental en 67 sesiones - 200 personas, la medición de adherencia con postest se realiza a la totalidad de personas capacitadas, el resultado de adherencia fue del 100%. Temas tratados implementación de Agilsalud, organización de archivos e implementación de TRD. Evidencias: actas y listado de capacitaciones.
	100%	En total se realizó capacitación a 200 personas, medición de adherencia con postest a la totalidad de personas capacitadas, el resultado de la medición de adherencia fue de 100%. Temas tratados. Evidencias: actas y listado de capacitaciones.
Administrar al 100% las comunicaciones oficiales recibidas por el Gestor Documental, realizando seguimiento a la respuesta o término de gestión .	98%	Se realizaron seguimientos a las oficinas durante el año para garantizar la gestión de los documentos, en el indicador anual se evidencia un porcentaje de cumplimiento del trámite de las comunicaciones del 98%, teniendo como observación que el 2% faltante es de comunicaciones en su mayoría de carácter informativo, pendientes de terminar gestión en el Sgdea – Agilsalud.
Lograr implementar los 6 programas definidos en el Sistema Integrado de Conservación SIC	100%	La implementación del SIC durante la vigencia 2024 en sus 6 programas no presentó desviaciones y se realizó la gestión para los mismos con el apoyo de las oficina de dirección administrativa y dirección de talento humano, adicional se realizó la implementación relacionada con preservación digital desde la oficina de sistemas de información tic en cuanto documentos electrónico.
Elaborar al 100 % los Inventarios Documentales fondos: Meissen y Tunal	100	Cumplimiento de plan de trabajo de inventarios Se culmino el inventario documental de meissen y tunal, se realizaron 346 metros lineales con 73.720 registros de inventario, se evidencia una disminución en los meses noviembre y diciembre ya que con este porcentaje se finalizaba el inventario correspondiente a Tunal.



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

Convalidación de tablas de valoración documental fondos vista hermosa, usme y Tunjuelito	0	<p>A partir de la remisión del informe de proceso de convalidación de los radicados 20241000-022448-2 Informe técnico Hospital de Tunjuelito II Nivel ESE, 20241000-022450-2 Informe técnico Hospital de usme I Nivel ESE, 20241000-022449-2 Informe técnico Hospital de Vista hermosa I Nivel ESE: se realizó el envío de los informes al contratista Colvatel bajo radicado 20241000-034488-1, responsable de la elaboración de las tablas de valoración documental y se realizó mesa de trabajo para definir los planes de trabajo a desarrollar tanto con el contratista (2 meses), con envío de plan de trabajo bajo radicado 20241000-023446-2, adicional se llevó a cabo la mesa de trabajo con Archivo Distrital evidencia de reunión recibida bajo radicado 20241000-023528-2, donde se estableció que teniendo en cuenta la articulación con la normatividad actualizada para la vigencia 2024 (Acuerdo 1 Del AGN), se debía presentar el análisis de criterios de disposición final mencionados en la Memoria institucional y las fichas de valoración en las tablas de valoración documental, actividades de radicación de entrega de ajustes programados en el cronograma de trabajo de la vigencia 2025</p>
--	---	---

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión Documental	<p>Ejecución del Plan Operativo Anual-</p>	<p>El proceso de Gestión Documental mostró un desempeño sobresaliente en acciones de mejora, control de riesgos y capacitaciones, alcanzando el 100% en todos los indicadores asociados.</p> <p>La gestión de Comunicaciones oficiales a través del SGDEA - Agilsalud presentó avances importantes, pero aún persisten brechas en el cierre de gestión documental, especialmente en la vinculación de respuestas y seguimiento por parte de las oficinas responsables.</p> <p>La adherencia al conocimiento en TRD fue total, lo que evidencia una apropiación efectiva de la cultura archivística institucional.</p>	<p>97,6%</p>

Recomendaciones:

- Fortalecer acciones frente a los documentos sin gestión finalizada en SGDEA, que afecta el cumplimiento total de metas.
- Se requiere de mayor apropiación por parte de las oficinas en el cierre de trámites documentales.
- Propender por Espacios físicos adecuados para archivo minimizado el riesgo estructural.

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
--------------	---

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno		
13 . Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de Servicios Hospitalarios		
Meta Estratégica	Resultado	% Cumplimiento	Conclusión

Mayor o igual a 90% en la oportunidad de realización de apendicectomía.	574/601	96%	Meta cumplida y superior a la Resolución 408/2018.
Cero o variación negativa en número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas.	0/0	100%	Meta cumplida. No se reportan casos intrahospitalarios.
Mayor o igual a 0,8 en la evaluación de aplicación de Guía para prevención de fugas de pacientes hospitalizados.	0/0	100%	Meta cumplida. No se reportan fugas en hospitalización salud mental.
Mayor o igual a 0,8 en la evaluación de aplicación de Guía para prevención de suicidio en pacientes tratados (ambulatorios y hospitalarios).	1023/1138	90%	Meta cumplida. Se requiere fortalecer valoración integral por psiquiatría, psicología y trabajo social.
Garantizar que más del 95% de egresos de pacientes obstétricas de Capital salud estén canalizadas con un método de planificación familiar	1611/1614	100%	Meta cumplida. Solo 3 casos no aceptaron por razones religiosas/étnicas.
Mantener la oportunidad en la programación de cirugía general, pediatría y ginecología inferior a 10 días.	28793/4077	100%	Meta cumplida. Oportunidad estable y bajo estándar. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Mantener la oportunidad en la programación de cirugía general, pediatría y ginecología inferior a 10 días.
Mantener el porcentaje de cancelación de cirugías igual o menor al 5% por causa institucional.	240/12127	2%	Meta cumplida. Estrategias de mejora redujeron cancelaciones. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Mantener el porcentaje de cancelación de cirugías igual o menor al 5% por causa institucional
Lograr que más del 90% de los niños prematuros (de acuerdo a convenios) o con bajo peso al nacer ingresen al Programa Madre Canguro Ambulatorio (PMCA) posterior al egreso hospitalario antes de las 72 horas.	476/481	99%	Meta cumplida. Casos excepcionales atendidos con rutas institucionales. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Lograr que más del 90% de los niños prematuros (de acuerdo a convenios) o con bajo peso al nacer ingresen al Programa Madre Canguro Ambulatorio (PMCA) posterior al egreso hospitalario antes de las 72 horas.
Lograr que más del 90% de los niños prematuros (de acuerdo a convenios) o con bajo peso al nacer ingresen al Programa Madre Canguro Ambulatorio (PMCA) posterior al egreso hospitalario antes de las 72 horas.	203991/2254 77	90,5%	Meta cumplida. Ocupación dentro del estándar. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Porcentaje ocupacional: Menor o igual a 95%
Mantener los indicadores de eficiencia hospitalaria dentro de los estándares establecidos. 1. Promedio día estancia: Menor o igual a 7 días	203991/5870 5	3,47 días	Meta cumplida. Estancia promedio adecuada. Se logra cumplimiento de la meta establecida: promedio día estancia: Menor o igual a 7 días
Mantener los indicadores de eficiencia hospitalaria dentro de los estándares establecidos. 1. Giro Cama mayor o igual a 5 Veces	58705/7532	7,79	Meta cumplida. Productividad de camas superior al estándar. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Giro Cama mayor o igual a 5 Veces
Lograr mayor o igual al 85% de pacientes en tratamiento con antibiótico grupo 1 valorados antes de los 7 días de inicio de manejo por infectología o equipo PROA	3964/4055	98%	Meta cumplida. Se alcanzó estándar, con impacto positivo en consumo y resistencia antimicrobiana. Se logra cumplimiento de la meta establecida: Lograr mayor o igual al 80% de pacientes en tratamiento con antibiótico grupo 1 valorados antes de los 7 días de inicio de manejo por infectología o equipo PROA.
≥l 85% de adherencia a la buena práctica de cirugía segura.	6437/6821	94%	Se logra cumplimiento de la meta establecida: Mayor al 85% de adherencia a la buena práctica de cirugía segura.
Gestionar el 100% de los eventos adversos identificados en el proceso.	989/989	100%	Meta cumplida
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	236/236	100%	Meta cumplida
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	107/107	100%	Meta cumplida
Incrementar en 5% los Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad con respecto a la vigencia anterior	2908/2114	137%	Meta cumplida

CUMPLIMIENTO	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de Servicios Hospitalarios	Ejecución del Plan Operativo Anual-	Se destacan resultados sobresalientes en: planificación postparto (100%), ingreso al Programa Madre Canguro (99%), eficiencia hospitalaria (ocupación, estancia y giro cama).	100%
Recomendaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> Prevención de suicidio: aunque se cumple la meta (90%), se requiere mejorar la integralidad de la valoración clínica (psiquiatría, psicología, trabajo social). Oportunidad en apendicectomía: IV trimestre con ligera disminución (92%), aunque el consolidado anual mantiene cumplimiento sólido (96%). 			
Firma Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno			

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
14 . Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión Jurídica

Meta Estratégica / Indicador	Resultado	
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Meta cumplida. Se evidencia control sobre compromisos de mejora.
Ejecutar el 100% de los controles definidos en procesos misionales y de apoyo	100%	Meta cumplida. Controles implementados en su totalidad.
Cumplir ≥95% del Plan de Mejoramiento de evaluación de índices de desempeño Cumplir al 96% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	99%	Meta cumplida. Ejecución casi total del plan de mejora.
Gestionar el 100% de los requerimientos jurídicos dentro de los tiempos establecidos.	100%	Meta cumplida. Gestión eficiente y protocolaria.
Elaborar el 100% de los actos administrativos del proceso interno de la oficina jurídica (pago de sentencias, cobro coactivo y multas)	100%	Meta cumplida. Respuesta integral a requerimientos.
Ejercer control de legalidad al 100% de los actos administrativos radicados.	100%	Meta cumplida. Durante el año 2024, se realizó control de legalidad a todos los actos administrativos radicados en la OJ, por tal razón, se revisaron y radicaron de 1262 actos administrativos, cumpliendo así la meta para este año.

Verificar al 100% de la información registrada en el aplicativo SIPROJWEB.	99%	Meta cumplida. durante el año 2024, se registraron un total de 656 procesos divididos entre tutelas, conciliaciones extrajudiciales y procesos judiciales, los cuales se encuentran cargados en el aplicativo Siproj Web, cumpliendo así la meta para este año.
Gestionar al 100% las acciones necesarias del cobro jurídico de la cartera remitida que cumplan con los requisitos establecidos en el manual de gestión de ingreso	100%	Meta cumplida. Atención jurídica garantizada. durante el año 2024, se aperturaron 22 procesos en relación al cobro jurídico, cumpliendo así la meta para este año.
Atender dentro del término legal, según la etapa procesal, la defensa dentro de las Investigaciones Administrativas		Durante el año 2024, se analizaron, proyectaron y se respondieron en término 105 requerimientos frente a investigaciones administrativas, cumpliendo así la meta para este año.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión Jurídica	Ejecución del Plan Operativo Anual-	El Proceso denota Alto nivel de trazabilidad, uso de sistemas institucionales SIPROJ WEB, cumplimiento normativo, articulación interprocesos.	100%
Recomendaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con la Carga operativa elevada, dependencia de aplicativos externos, se identifica la necesidad de fortalecer automatización y cultura de reporte. Mantener el enfoque en eficiencia operativa, fortalecer la interoperabilidad entre sistemas, y consolidar estrategias de mejora continua en procesos jurídicos y misionales. 			

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
-------	--

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno	
15. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Participación comunitaria y servicio al ciudadano	

META	% DE CUMPLIMIENTO	Conclusión
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Meta cumplida. Se evidencia control sobre compromisos de mejora.
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y	100%	Meta cumplida. Gestión académica alineada con planificación.

registrados en la matriz de riesgos		
Cumplir al 96% el Plan de acción de disminución de Brechas en el Marco de las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso	99%	Meta cumplida. Planeación estratégica ejecutada en su totalidad.
Mantener el índice de satisfacción mayor o = al 98%	98.90%	Meta cumplida. Satisfacción del usuario dentro del estándar. Para el año de 2024, se realizaron un total de 39.488 encuestas en las Unidades de prestación de servicios, en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Ambulatorios y Complementarios, de los cuales 39.052 usuarios están satisfechos obteniendo como resultado una satisfacción global del 98,90%
Disminuir en un 2% La tasa de PQRS generadas por Acceso, Oportunidad y Deshumanización respecto de la vigencia anterior	-9.72%	Meta superada. Mejora en atención al usuario evidenciada. Para el año de 2024 se recibieron en el área de PQRS un total de 3297 manifestaciones relacionadas con acceso, oportunidad y deshumanización, con 2.190.431 atenciones en el periodo lo cual corresponde a una tasa de PQRSD de 15,05. Mientras tanto para el año de 2023 se recibieron 3.502 manifestaciones del asunto con un total de 2.101.022 atenciones lo que representa una tasa de 16,67 PQRSD por cada 10.000 atenciones, a lo que corresponde una disminución para este periodo del 9,72%
Fortalecer los conocimientos al 80% de los líderes que hacen parte de las formas e instancias de participación y veedurías ciudadanas (control Social)	100%	Meta cumplida. Fortalecimiento del control social. En cada uno de los trimestres se realizó el proceso de capacitación En 2024, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a través del Sub proceso Participación Comunitaria, desarrolló un proceso integral de capacitación dirigido a fortalecer las competencias de las formas de participación ciudadana en salud.
Mantener el porcentaje de conocimiento de derechos y deberes por parte de los usuarios Mayor o igual al 95%	100%	Meta cumplida. Formación institucional consolidada. Durante el año 2024 se realizaron 39.796 encuestas de satisfacción en las cuales se evaluó el conocimiento en derechos y deberes a los usuarios en las diferentes Unidades de prestación de servicios de salud, de los cuales 39.792 manifestaron conocer al menos un derecho y un deber lo cual nos indica que el 100% de la población encuestada reconoce el concepto de derechos y deberes
Aumentar en un 2% los usuarios Informados y orientados en salas de espera sobre los temas priorizados	11%	Meta superada. Mejora en percepción del servicio. Durante el año 2024 se realizó el abordaje a través de la educación y orientación en diversas temáticas relacionadas con : portafolio de servicios, call center, aseguramiento, lavado de manos, ruta materno perinatal entre otras a 114,899 usuarios en las salas de espera de las diferentes unidades de prestación de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E., este incremento representando el 10,75% con respecto al año 2023 en el que se educaron en salas de espera 103,748 usuarios
Cumplir al 100% con la oportunidad de respuesta de PQRS según Normatividad	100%	Meta cumplida. Atención al usuario garantizada.
Gestionar interinstitucionalmente el 100% de los casos de abandono social	100%	Meta cumplida. Adherencia social fortalecida. Durante la vigencia del 2024 el comportamiento de los abandonos es el siguiente :Se inicia el año con 15 pacientes en condición de abandono , ingresaron un total de 37 pacientes es decir que durante la vigencia 2024 se gestionaron ante los entes de control 52 pacientes para la ubicación en centros de cuidados de los cuales se ubicaron 16 pacientes en la Secretaría Distrital de Integración Social ,fallecieron 6 , se ubicaron 3 pacientes en hogares privados , 4 en el domicilio y 1 solicita salida voluntaria, para el 31 de diciembre del 2024 se cuenta con 22 pacientes en abandono social
Mantener en un 100% la gestión de las necesidades identificadas en las Formas de participación.	100%	Meta cumplida. Participación ciudadana garantizada.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de

				Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Participación comunitaria y servicio al ciudadano		Ejecución del Plan Operativo Anual-	Todas las metas fueron alcanzadas con un 100% de ejecución de acuerdo con los indicadores establecidos. Se denota coordinación interprocesos, trazabilidad documental, implementación de estrategias de mejora continua, alto compromiso institucional.	100%
Recomendaciones:				
<ul style="list-style-type: none"> Consolidar mecanismos de evaluación cualitativa, mantener la cultura de mejora continua, y reforzar el seguimiento a impacto de las acciones ejecutadas. 				
Firma	<p style="text-align: center;">Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno</p>			

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
16. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de la Información TIC

Meta	Numerador / Denominador	Resultado (%)	Cumplimiento (%)	Observación Relevante
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	30 / 30	100%	100%	Cumplimiento total de compromisos del proceso.
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	107 / 107	100%	100%	Ejecución completa según matriz de riesgos.
Cumplir al 94% el Plan de acción de disminución de Brechas en el marco de las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	142 / 143	99%	100%	Avance significativo en SIASUR, APPs y SurData.
Lograr un 95% de cumplimiento del Plan Estratégico de tecnologías de Información y Comunicación.	100 / 100	100%	100%	Implementación de tableros, ETL, rediseño de morbilidad. Entre octubre, noviembre y diciembre, se reforzó la seguridad con la implementación de políticas en el firewall Huawei USG6650, abarcando habilitación de servicios (WeTransfer, actualizaciones de Windows, acceso RDP, navegación controlada) y contención de cientos de ataques, destacando intentos de inyección de código, ejecución remota y vulnerabilidades críticas (DNS reply, Cross Site Scripting, WannaCry, entre otros). Paralelamente, se estandarizó la instalación de Silverlight en equipos de 32 y 64 bits, se introdujeron nuevas directrices para la administración centralizada de inventario, la protección de la infraestructura (bloqueo de extensiones TOR), y la rotación de la contraseña del usuario local "Administrador". Estas acciones consolidaron la seguridad y el acceso remoto seguro, optimizando tanto la compatibilidad de aplicaciones como la gestión de riesgos a nivel corporativo.

Lograr un 95% de cumplimiento del Plan de Seguridad de la Información	1 / 1	100%	100%	Refuerzo de firewall, rotación de claves, control remoto seguro.
Lograr un 95% de cumplimiento del Plan de Transformación Digital	3 / 3	100%	100%	Desarrollo de Smart Sur, APP institucional, Sur Data. Para lo anterior el proyecto en desarrollo se puede observar en la siguiente URL: https://smartsur.subredsur.gov.co/
Lograr un 95% de cumplimiento del plan institucional tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	1 / 1	100%	100%	Simulación de phishing, cargue en Almera, cultura de seguridad.
Mantener el 90% los sistemas de información para la gestión clínica, administrativa, financiera y aplicativos institucionales para la consolidación del modelo integral de salud.	8 / 8	100%	100%	Contingencia efectiva ante robo de fibra óptica.
Generar 3 estrategias en TI para desarrollar competencias digitales en la Subred	1 / 1	100%	100%	Desarrollo del módulo de boleta de salida.
Mantener en un 90% actualizada la página web Institucional.	114 / 114	100%	100%	Gestión de publicaciones, tráfico web creciente.
Avanzar 5% anual en el Fortalecimiento de la infraestructura Tecnológica de la Subred	91.36 / 100	91.36%	100%	Adquisición de equipos, estabilidad en servidores.
Mantener el 95% de los casos cerrados de la mesa de ayuda de la oficina de Sistemas de Información Tic. De acuerdo a los niveles de Servicios.	4011 / 4395	91%	100%	Fallos externos gestionados, acciones correctivas en curso.
Mantener actualizada el 100% de las hojas de vida de equipos de cómputo de la subred Sur	221 / 223	99%	99%	Mantenimiento y actualización ejecutados según cronograma.
Capacitar en un 100% a los colaboradores en el uso del módulo de Historia Clínico Colaboradores Nuevo	—	0%	0%	Meta no ejecutada, sin registros de cumplimiento.
Mantener el 95% de los registros generados en el sistema de información para las 3 interfaces (Bogotá Salud Digital, imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico)	813149 785669	103%	100%	Meta superada, integración efectiva de sistemas.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno

Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de la Información TIC	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> 14 de 15 metas alcanzaron el 100% de cumplimiento. Una meta (capacitación en historia clínica) no fue ejecutada. Se evidencia como Fortalezas: Alta capacidad de respuesta ante contingencias (conectividad, seguridad). Ejecución técnica robusta en transformación digital (Smart Sur, SurData, APP). Gestión documental, infraestructura y soporte técnico con trazabilidad. 	100%
--	-------------------------------------	--	------

Recomendaciones:

- Fortalecer monitoreo de infraestructura y continuidad operativa.
- Consolidar cultura de seguridad y competencias digitales en todos los niveles.

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
--------------	---

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
17. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de talento humano

Meta	Resultado (%)	Cumplimiento
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Cumplida
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	Cumplida
Cumplir al 94% el Plan de acción de disminución de Brechas en el marco de las dimensiones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión correspondientes al proceso.	100%	Cumplida
Cumplir al 95% con las actividades definidas en la estrategia de conflicto de interés.	100%	Para la vigencia 2024, se da un cumplimiento del plan de trabajo de conflicto de interés del 97%.
Ejecutar en un 90% el Plan de Trabajo de Transformación Cultural	100%	Se da un Cumplimiento al plan estratégico de 95%
Lograr un 95% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	100%	Cumplida
Ejecutar el 95% de las actividades establecidas en el cronograma del Plan de Bienestar Social e Incentivos	100%	Para esta vigencia obtuvo un cumplimiento total del 99% de las actividades planeadas en el año. Este logro es gracias al trabajo de todas las dependencias de la entidad que aportan en la formación continua de sus equipos de trabajo y a la gestión con las entidades externas tanto públicas como privadas, para esta

		vigencia se destacaron: IDRD, Cooserpark, Secretaría de la Mujer, Compensar Y ARL SURA.
Lograr un cumplimiento del 92% del Plan de Acción de Integridad.	100%	Para la vigencia 2024, se da un cumplimiento del plan de trabajo de Integridad del 100%
Ejecutar al 95% los eventos de capacitación conforme a lo programado en el Plan Institucional de Capacitación.	100%	Para esta vigencia obtuvo un cumplimiento total del 99% de las actividades planeadas en el año. Este logro es gracias al trabajo de todas las dependencias de la entidad que aportan en la formación continua de sus equipos de trabajo, a la herramienta de MAO, a la cual tienen acceso todos los colaboradores los 7 días a la semana las 24 horas del día y a la gestión con entidades externas como SENA, U. NACIONAL, U. Sabana, Alcaldía mayor de Bogotá con su plataforma Soy 10, Secretaría Distrital de Salud CDEIS, y DASCD con la plataforma PAO,
Lograr una apropiación del conocimiento del 80% de los colaboradores convocados a capacitaciones conforme a lo programado en el Plan Institucional de Capacitación.	100%	Para este año se consolidó en una apropiación del 87% donde de 15.360 colaboradores que realizaron las evaluaciones de cursos virtuales 13.300 aprobaron las evaluaciones con un porcentaje de 80 o más.
Lograr que el 95% del personal nuevo de la Entidad realice la inducción General.	93	Para este año se consolidó en una cobertura del 89% donde desarrollo la inducción virtual general 1.291 colaboradores de 1.457 que ingresaron a la entidad. De este total es importante aclarar que el nivel más bajo de cobertura se presentó en el último trimestre, afectando el cumplimiento que se traía para las últimas vigencias pasando del 95% anual a un 89%
Lograr el 100% la liquidación de novedades de factores salariales y prestacionales de los funcionarios y ex funcionarios de planta, atendiendo la normatividad vigente, con oportunidad y lo dispuesto por el ordenador del gasto	99.4%	Durante la vigencia 2024 se cumplió el 99.46% de lo ejecutado. Los soportes físicos reposan en el Área de Nomina ya que el archivo se encuentra en AZ
Ejecutar en un 94% el Plan de Trabajo de SST (Seguridad y Salud en el Trabajo)	93%	El Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo es un instrumento de planificación establecido en el artículo 2.2.4.6.8, Título 4, Capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015, definido por el Ministerio de Trabajo, determinado en el artículo 2.2.4.6.4 de este mismo decreto y es la base para la identificación de metas, responsabilidades, recursos y cronograma de actividades de ese sistema, en cada anualidad. Se programan para la vigencia 2024 1000 actividades de las cuales , a corte 31 de diciembre se ejecutan 932 alcanzando la meta 93% del plan anual.
Mantener el Índice de Rotación de Talento Humano por debajo de 6%	100%	
Alcanzar un índice de satisfacción del cliente interno mayor o igual al 90%	85%	En colaboración con estudiantes de práctica de psicología se desarrolló la encuesta de satisfacción del cliente interno, donde se creó el procedimiento de la encuesta de satisfacción con código GH-CVC-PR-01, así como se implementó la encuesta en la plataforma Almera con códigoGH-CVC-FT-01 dando como resultado una satisfacción del 85% de los colaboradores, en cuanto a la calidad del servicio y el desarrollo organizacional que tienen las personas, se define como la percepción que el trabajador experimenta al lograr un equilibrio entre su bienestar y su lugar de trabajo.

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de Talento Humano	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<p>El nivel de cumplimiento global de las metas institucionales es altamente satisfactorio, con la mayoría de indicadores superando el 95% y varios alcanzando el 100%.</p> <p>Se evidencia una gestión articulada y efectiva entre las dependencias internas y el apoyo de entidades externas, lo</p>	99.5%

		<p>que ha permitido consolidar logros en bienestar, capacitación, integridad y talento humano.</p> <p>Sin embargo, existen dos áreas críticas que requieren atención: la inducción general de personal nuevo y la satisfacción del cliente interno, cuyos resultados quedaron por debajo de la meta establecida.</p>	
--	--	---	--

Recomendaciones:

- La Inducción general de personal nuevo: solo se alcanzó un 89% de cobertura frente a la meta del 95%. La baja en el último trimestre afectó el resultado global, lo que puede impactar la integración cultural y normativa de los nuevos colaboradores.
- Fortalecer la ejecución de actividades pendientes en Seguridad y Salud en el Trabajo para cerrar brechas del Plan Estratégico.
- Consolidar herramientas TIC para procesos críticos como administración de HV y seguimiento de expedientes.
- Generar apropiación cultural en transformación organizacional, asegurando que los nuevos colaboradores se integren plenamente a la estrategia institucional.

Firma	<p>Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno</p>
--------------	---

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
18. Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de servicios complementarios

META	RESULTADO	OBSERVACIONES
Atender el 100% de las víctimas de violencia sexual, incorporando a la Ruta de Violencia definida por la subred.	100%	Durante el año 2024 se realizó atención a 1566 usuarios víctimas de violencia sexual, los cuales han cumplido según su pertinencia, los diferentes hitos de la Ruta de violencia, dando respuesta a las necesidades del paciente.
Pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio Mayor o igual a 0,9	100%	Para la vigencia 2024 se da cumplimiento a la meta del indicador, presentando una oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de IAM del 100%
Menor o igual a 0,3% el Reingreso de Urgencias	100%	Para la vigencia 2024, se observa un total de 37 reingresos en menos de 72 horas en el servicio de urgencias, de 133199 consultas realizadas durante este periodo, esto de acuerdo a información aportada por el área de Gestión de la Información, equivalente a un 0%
Cumplir la oportunidad en la atención de consulta de Urgencias Triage II. 30 MINUTOS	100%	Para la vigencia 2024, se reporta una oportunidad de 9,8 minutos , dando así cumplimiento a la meta por resolución de los 30 minutos.
Obtener una adherencia mayor o igual al 80% del protocolo de atención de víctimas de violencia sexual y agresión por agente químico.	96%	Durante el año 2024 cincuenta y cinco historias clínicas no cumplen al menos con un criterio del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Se realiza retroalimentación a profesionales que presentan dificultades para la adherencia al protocolo de atención a víctimas de violencia. El porcentaje de adherencia por criterios es de 96%
Gestionar el 100% de los eventos adversos identificados en el proceso.	100%	Actividad cumplida acorde con la meta propuesta
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	

Incrementar en 5% los Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad con respecto a la vigencia anterior	100%	
--	------	--

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de servicios complementarios	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio clínico: cumplimiento pleno en tiempos de entrega de resultados (ambulatorios, hospitalización y urgencias), garantizando oportunidad diagnóstica. • Entrega de medicamentos: cumplimiento del 95% en tiempos de entrega y del 96% en solicitudes ambulatorias, lo que refleja eficiencia en la cadena de suministro pese a dificultades externas. 	99.3%

Recomendaciones:

- Dependencia de factores externos: el cumplimiento de la meta depende en gran medida de la disponibilidad de productos en el mercado y de la gestión administrativa, lo que puede afectar la sostenibilidad de los resultados.
- Necesidad de fortalecer la trazabilidad y comunicación interna: aunque se implementaron alternativas terapéuticas y conciliaciones administrativas, se requiere mayor proactividad en la gestión preventiva de riesgos de suministro

Firma	Original firmado por Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe de Oficina Control Interno
--------------	---

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno
19 . Fecha Febrero de 7 de 2025	2. Dependencia a evaluar: Gestión de Contratación

META	RESULTADO	OBSERVACIONES
Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.	100%	Actividad cumplida acorde con la meta propuesta
Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.	100%	
Disminuir el Índice de Rotación de colaboradores OPS al 8%	100%	Actividad cumplida acorde con la meta propuesta
Lograr que el 90% de los supervisores de contratos tengan conocimiento sobre el manual de contratación y manual de supervisión de contratos de BYS y CPS.	97%	
	75%	Actividad cumplida acorde con la meta propuesta
Cumplir al 100% con los requisitos legales estipulados para la contratación de BYS	100%	Contratos de BYS, los cuales cumplieron con los requisitos legales establecidos y tienen acta de inicio acorde con el procedimiento

Cumplir al 100% con los requisitos legales estipulados para la contratación de OPS	98%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer los requisitos legales para la contratación institucional. 2. Aplicar la lista de la verificación de requisitos legales (Habilitación, contratación) en CD y Secop II. 3. Aplicar lista de chequeo del Expediente contractual en cada uno de los contratos 4. Publicar en Secop II los documentos de verificación y constancia de idoneidad .
Adquirir el 100% de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, EGAT, b) Compras a través de mecanismos electrónicos (Colombia compra eficiente Secop II)	100%	Cumplimiento por parte de la Dirección de Contratación en términos del indicador de compra de medicamentos e insumos médico quirúrgicos fue del 100%. Es importante identificar que para este mismo periodo de tiempo, no se realizaron compras conjuntas a través de la EGAT. La contratación de medicamentos e insumos médico quirúrgicos se realizó a través de medios electrónicos (SECOP II). Es de informar que, en el mes de Diciembre no se registraron compras por caja menor de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.
Lograr mínimo al año un 75% de reintegros de saldos certificados por el supervisor no ejecutados en Contratos de Prestación de Servicios Persona Natural (REINTEGRO DE DEPURACIONES - VALOR DETEMRINADO EN LA CUENTA POR PAGAR)	99%	<p>El porcentaje de la meta anual corresponde al 75%.</p> <p>El porcentaje trimestral de cumplimiento corresponde al 18,75%.</p> <p>El porcentaje de cumplimiento para el tercer trimestre asciende al 56,25%, observándose el cumplimiento del 98%, sobre la meta establecida.</p>
Lograr mínimo al año un 75% de reintegros de saldos certificados por el supervisor no ejecutados en Contratos de Bienes y Servicios (REINTEGRO DE DEPURACIONES - VALOR DETEMRINADO EN LA CUENTA POR PAGAR)	83%	<p>El porcentaje de la meta anual corresponde al 75%.</p> <p>El porcentaje trimestral de cumplimiento corresponde al 18,75%.</p> <p>El porcentaje de cumplimiento para el tercer trimestre asciende al 56,25%, observándose el cumplimiento del 77%, sobre la meta establecida.</p>

4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Indicador	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación Oficina de Control Interno
Plan Operativo Anual- Vigencia 2024- Gestión de Contratación	Ejecución del Plan Operativo Anual-	<ul style="list-style-type: none"> · Conocimiento de supervisores en manuales de contratación y supervisión: 97% de cumplimiento, lo que evidencia apropiación normativa y fortalecimiento de capacidades en la gestión contractual. · Cumplimiento de requisitos legales en contratación BYS y OPS: resultados del 100% y 98% respectivamente, garantizando transparencia y legalidad en los procesos. · Adquisición de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos: cumplimiento del 100% mediante mecanismos electrónicos (SECOP II), lo que asegura eficiencia y trazabilidad en la contratación. · Los reintegros de saldos no ejecutados superaron las metas anuales, lo que refleja una gestión responsable de los recursos, aunque se debe fortalecer el seguimiento en contratos de bienes y servicios para alcanzar niveles similares a los de OPS. 	95.2%

Recomendaciones:

- **Reintegros en contratos de bienes y servicios:** aunque se cumplió la meta anual, el resultado (83%) es menor al alcanzado en contratos de prestación de servicios (99%), lo que evidencia una oportunidad de mejora en la depuración y seguimiento de saldos en este tipo de contratación.
- **Conocimiento de supervisores:** aunque el resultado es alto (97%), aún existe un 3% de brecha que puede impactar la uniformidad en la aplicación de los manuales.



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

INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY

CIN-FT-03 V2

Firma

Original firmado por
Astrid Marcela Méndez Chaparro
Jefe de Oficina Control Interno

8. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES RESULTADO DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS

Para cada proceso evaluado se realiza la evaluación y recomendaciones correspondientes.

9. ANEXOS: No aplica.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "astrid marcela menéndez chaparro".

ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO
Jefe Oficina de Control Interno