

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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 12. EVALUACION POR DEPENDENCIAS – SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025.
----------------------------	--

CONTENIDO DEL INFORME

1. PERIODO DE EJECUCIÓN: Vigencia 2025

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 2025, hasta la verificación del cumplimiento al finalizar la vigencia.

4. **EQUIPO AUDITOR:** Jefe de Oficina Control Interno – Juan Carlos Hurtado Sierra.

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 por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

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. EVALUACION Y ANALISIS DESARROLLADO.

ESTRATÉGICO												
DRIVE PROCESO	% ESPERADO	% AVANCE PONDERADO	% RESULTADO	% METAS CUMPLIDAS	% AVANCE PONDERADO	% PONDERADO	% RESULTADO	% METAS CUMPLIDAS	% RESULTADO	% AVANCE PONDERADO	% ESPERADO	DRIVE PROCESO
DESA	1,36%	1,30%	95,1%	75%	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	95%	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	90%	99,7%	1,13%	1,14%	GCO
JUR	1,14%	1,14%	100,0%	100%	GESTIÓN JURÍDICA		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC	100%	100,0%	1,48%	1,48%	TICS
CAL	1,36%	1,4%	100,0%	100%	GESTIÓN DE LA CALIDAD		COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	100%	100,0%	1,70%	1,70%	COM
PCC	1,82%	1,82%	100,0%	100%	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL							

Tabla 1. Resumen comportamiento POA Macroproceso Estratégico 2025
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno								
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:						Oficina de Calidad - Gestión de la Calidad		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO														
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES	
53CA	Gestionar al 100% los eventos adversos.	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100%	1.232	1.232	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
49CA	Mayor o igual a 90% en la aplicación de guía de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	90%	184	201	92%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
50CA	Mayor o igual a 90% aplicación de guía de manejo primera causa de egreso hospitalario.	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	90%	909	970	94%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
54CA	Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización por debajo de 2,00	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización.	2	110	215.944	0,1%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
55CA	Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias ≤1	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	1	39	116.554	0,0%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
56CA	Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa ≤ 0,1	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0,1	3	1.651.855	0,0%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
57CA	Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico ≤ 0,3	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico	0,3	0	328.120	0,0%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
58CA	Cumplimiento del estándar proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización ≤ 0,5	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0,5	42	43.270	0,00097	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
59CA	Cumplimiento del estándar proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias ≤ 0,05	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0,05	4	116.544	0,00003	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
60CA	Cumplimiento del estándar Tasa de ulcera por presión ≤ 0,7	Tasa de ulcera por presión	0,70	129	215.984	0,0006	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
81CA	Mantener la Autoevaluación Obtener una autoevaluación en la vigencia evaluada	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Mantener la Certificación de Acreditación de los Centros de Salud y/o USS Acreditadas - Autoevaluación en la vigencia ≥ 3,5 -Realizar la Postulación Hospital El Tunal	3,64	3,50	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
48CA	Lograr un 95% de cumplimiento del PAMEC	Efectividad de la Auditoria Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	95%	453	466	97%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida	
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 2025-Oficina de Calidad - Gestión de la Calidad						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025			El proceso de Gestion de Calidad cierra el 2025 con un alto nivel de cumplimiento alcanzando las metas establecidas en todos los indicadores. Se evidencia un avance sostenido en acreditación y habilitación, consolidando la cultura de mejoramiento continuo.Durante la vigencia 2025, el comportamiento trimestral mostró mejoras significativas: al cierre del segundo trimestre se registró 95,1% en julio y 96,1% en agosto, superando los niveles de abril y mayo (86% en mayo) donde se evidenciaron dificultades operativas. En septiembre se alcanzó 95,7% y en octubre 95,65%, consolidando una tendencia positiva frente a los meses críticos. La gestión de riesgos y seguridad del paciente muestra resultados, con cobertura total en controles y eventos adversos.					100%
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. Dar continuidad al trabajo articulado con el subproceso de Acreditación, con el fin de seguir orientando y acompañando a los equipos en la adecuada formulación y ejecución de las acciones y el respectivo cargue de soportes indicados, relacionado con los planes de mejora .														
Firma: Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno														

Imagen 1. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Oficina de Calidad - Gestión de la Calidad
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Oficina Asesora de Comunicaciones - Comunicación Estratégica		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Código ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
38CM	Implementar en el cuatrienio el 100% de las estrategias de comunicación y divulgación, en el marco de las prioridades de salud pública con el fin de contribuir a la apropiación social del conocimiento.	Cumplimiento del PECO – Plan Institucional de Comunicaciones, donde se asocian prioridades de salud pública.	90%	841	750	112%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Oficina Asesora de Comunicaciones - Comunicación Estratégica						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		El desempeño del PECO en el cuarto trimestre refleja el cumplimiento de la meta anual y ratifica el compromiso institucional con la mejora continua en la gestión de comunicaciones. Para el 2025 se planeó alcanzar en un 90% las metas proyectadas, donde a 23 de diciembre se sobrepasa este objetivo alcanzando un cumplimiento de 99% para la vigencia. 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.				100%	
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 Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 2. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Oficina Asesora de Comunicaciones - Comunicación Estratégica
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano - Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Código ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
98PS	Mantener el índice de satisfacción mayor o = al 95%	Proporción de satisfacción global de los usuarios	95%	34.559	35.161	98%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
112PS	Implementar en el cuatrienio el 100% las acciones de gestión para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.	Porcentaje de cumplimiento de las acciones para la disminución de barreras de acceso en la prestación de servicio	40%	86	86	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
106PS	Disminuir en un 2% para cada vigencia, la tasa de PQRS generadas por Acceso, Oportunidad y Deshumanización respecto de la vigencia anterior.	Porcentaje de disminución de la tasa de PQRS relacionadas con Acceso, Oportunidad y Deshumanización	-2%	-5	152	-4%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
113PS	Implementar en el cuatrienio el 100% del plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud.	Porcentaje de cumplimiento del plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía.	70%	86	86	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano - Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		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: - Consolidar mecanismos de evaluación cualitativa y analítica de datos ,que permita obtener conocimientos profundos sobre los comportamientos, necesidades y expectativas de la población objetivo. - Mantener la cultura de mejora continua, y reforzar el seguimiento a impacto de las acciones ejecutadas.													
Firma:  Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 3. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano - Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano}
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

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.

1. Evaluación de Gestión por Dependencias
Realizado por la Oficina de Control Interno

2. Dependencia- Proceso a evaluar:Oficina Asesora de Desarrollo Institucional -
Direccionamiento Estratégico

3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO

Código ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
398DE	Cumplimiento del 100% en la presentación de informes para el análisis de la prestación de servicios de la ESE, según fuente RIPS.	Utilización de la información del Registro individual de prestación de servicios - RIPS	4	4	4	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
20DE	Mantener como mínimo en un 95% la Calificación del Índice de Desempeño Institucional en el Marco de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Resultado de la calificación del Índice de Desempeño Institucional de la entidad.	95,00	94,73	95,00	99,7%	99,7%	99,72%	1,6%	0,0%		0%	No cumplida
400DE	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 2 proyectos para la modernización de la infraestructura hospitalaria.	Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Reordenamiento de la USS Tunal (Urgencias)	90%	972	972	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
399DE		Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Construcción Nuevo Hospital de USME	100%	1.056	1.056	100%	100%					100%	Cumplida
1DE	Cumplir con la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	92%	57	62	92%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
27DE	Cumplimiento en el reporte oportuno de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	100%	30	30	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
28DE	Cumplimiento en el reporte oportuno del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o norma que la sustituya	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	100%	3	3	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
26DE	Cumplir con el 100% del plan de trabajo del convenio de los proyectos nuevos priorizados por el Distrito para la Subred Sur.	Porcentaje del cumplimiento del plan de trabajo del convenio nuevo asignado por el Distrito.	100%	8	8	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
24DE	Ejecutar el 100% de los recursos para proyectos de Infraestructura	Porcentaje de recursos ejecutados en los proyectos de infraestructura.	100%	\$ 42.206.534.594	\$ 42.206.534.594	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
401DE	Cumplir con el 100% del Programa de transparencia y ética pública.	Cumplimiento porcentual del Programa de Transparencia.	100%	50	50	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida

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 2025-Oficina Asesora de Desarrollo Institucional -
Direccionamiento Estratégico

Ejecución del Plan Operativo Anual-2025

La tendencia del IDI muestra un desempeño consistente y sobresaliente en los últimos cinco años, con puntuaciones superiores a 94 en todas las vigencias. El leve descenso en 2024 se relaciona con ajustes metodológicos en la medición y mayores exigencias en componentes como Innovación Pública Digital (50%), Servicios y Procesos Inteligentes (44,4%), y Decisiones Basadas en Datos (58,6%). Estas áreas representan nuevas prioridades para las entidades públicas y marcan la ruta de transformación digital en la gestión pública.
La ejecución de los recursos presupuestados durante la vigencia 2025, inversión que corresponde a corte del 31 de diciembre de 2025, conforme a los convenios de infraestructura y dotación hospitalaria suscritos entre el FFDS y la Subred Sur, en el rubro presupuestal FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN EL SECTOR SALUD, en los componentes de Infraestructura y Dotación.
Se realizó el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos institucionales correspondientes a la vigencia 2025, alcanzando un nivel de cumplimiento promedio del 91%, discriminado de la siguiente manera:
74 riesgos de gestión, con 198 controles asociados.
26 riesgos de corrupción, con 60 controles asociados.
6 riesgos de seguridad de la información, con 19 controles asociados.

90%

Recomendaciones:

- 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.

- Para la vigencia 2026, Actualizar el mapa de riesgos acorde con la Guía version7 del DAFP y las Círculares relacionadas de la Superintendencia Nacional de Salud.

Firma: Original firmado por
Juan Carlos Hurtado Sierra
Jefe de Oficina Control Interno

Imagen 4. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Direccionamiento Estratégico
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				Oficina de Gestión del Conocimiento - Gestión del Conocimiento			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Código ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
137GC	Cumplir en el cuatrienio al 100% de los requisitos de Hospital Universitario	Porcentaje de Implementación de requisitos de Hospital Universitario.	86,6%	41	45	91%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
151GC	Lograr la Implementación en el cuatrienio al 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI- (ciencia, tecnología e innovación) institucional, para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.	Porcentaje de cumplimiento del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI (ciencia, tecnología e innovación) de la institución.	40%	19	21	90%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
153GC	Promover el 100% en el cuatrienio, los espacios e iniciativas de co-creción e innovación social y fortalecer nuevos liderazgos sociales que permitan una participación efectiva y promover el empoderamiento de las organizaciones comunitarias para dar respuesta a los retos en salud identificados en el territorio en el marco de la Atención Primaria Social.	Creación de un espacio de concreción de innovación social	40%	6	6	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
152GC	Implementar en el cuatrienio el 100% los estándares de calidad de la relación docencia servicio e investigación de las Subred Sur ESE	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad de la relación docencia servicio.	50%	142	154	92%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Oficina de Gestión del Conocimiento - Gestión del Conocimiento				Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		El porcentaje de implementación de requisitos de Hospital Universitario durante las vigencias 2024 y 2025 es de 86.6%, lo que significa que la Subred se encuentra comprometida y ha realizado un esfuerzo considerable, para lograr la implementación de dichos requisitos durante estas dos vigencias evaluadas. La comunidad ha participado formándose y proyectando un prototipo de malnutrición infantil en Usme de la mano con Secretaria General, la Subred Sur, secretaria de desarrollo económico, jardín botánico y la universidad javeriana. Se realiza autoevaluación del Hospital de Meissen y la Unidad de Servicios de Salud Vista Hermosa. Se reviso la matriz con los 8 criterios y la totalidad de los ítems evaluados 38, no se dejaron hallazgos y/o planes de mejora y se dio cumplimiento al 100%.						100%	
Recomendaciones: Mantener los avances en la certificación MNCI ENCIAS y la postulación a Hospital Universitario, que requieren continuidad durante la gestión estratégica en el 2026													
Firma: ☒ Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 5. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Oficina de Gestión del Conocimiento - Gestión del Conocimiento
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

MISIONAL												
DRIVE PROCESO	% ESPERADO	% AVANCE PONDERADO	% RESULTADO	% METAS CUMPLIDAS	% AVANCE	% PONDERADO	% RESULTADO PONDERADO	% METAS CUMPLIDAS	% RESULTADO	% AVANCE PONDERADO	% ESPERADO	DRIVE PROCESO
AMB	16,4%	10,8%	66,2%	61%	GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	81%	GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	94%	99,8%	14,51%	14,5%	HOS
URG	9,1%	8,2%	90,0%	90%	GESTIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	80%	84,6%	15,37%	18,2%	COMP
GRI	11,8%	10,8%	91,2%	85%	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD							

Tabla 2. Resumen comportamiento POA Macroproceso Misional 2025
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				Direccion Servicios Ambulatorios - Gestion de Servicios Ambulatorios			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
188AMB	Cumplir con la Oportunidad de pediatria ≤5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatria	5	82.164	18.186	4,52	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
189AMB	Cumplir con la Oportunidad de medicina de Obstetricia ≤8	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	8	10.288	2.951	3,49	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
187AMB	Cumplir con la Oportunidad de medicina Interna ≤15	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	15	99.230	9.106	10,90	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
149AMB	Cumplir con la Oportunidad de medicina General ≤3.	Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina general(PGG) - RESOLUCIÓN 256 DE 2016	3	577.835	144.250	4,01	0%	60%	1,0%	0,0%		0,0%	No cumplida
153AMB	Cumplir con la Oportunidad de cita de ginecología ≤8	Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Ginecología - RESOLUCIÓN 256 DE 2016	8	55.232	13.931	3,96	100%					100%	Cumplida
150AMB	Cumplir con la Oportunidad de Odontología general primera vez ≤3	Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Odontología General - RESOLUCIÓN 256 DE 2016	3	224.809	51.187	4,39	0%					0,0%	No cumplida
155AMB	Cumplir con la Oportunidad de cirugía general primera General ≤20	Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Cirugía General - RESOLUCIÓN 256 DE 2016	20	30.083	6.252	4,81	100%					100%	Cumplida
137GC	Cumplir en el cuatrienio al 100% de los requisitos de Hospital Universitario	Porcentaje de Implementación de requisitos de Hospital Universitario.	86,6%	41	45	91%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
153GC	Promover el 100% en el cuatrienio, los espacios e iniciativas de co-creción e innovación social y fortalecer nuevos liderazgos sociales que permitan una participación efectiva y promover el empoderamiento de las organizaciones comunitarias para dar respuesta a los retos en salud identificados en el territorio en el marco de la Atención Primaria Social.	Creación de un espacio de concreción de innovación social	40%	6	6	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
152GC	Implementar en el cuatrienio el 100% los estándares de calidad de la relación docencia servicio e investigación de las Subred Sur ESE	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad de la relación docencia servicio.	50%	142	154	92%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025- Direccion Servicios Ambulatorios - Gestion de Servicios Ambulatorios				Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		La Subred Sur E.S.E. logró cumplimiento pleno en oportunidad de atención de especialidades clínicas, manteniéndose dentro de los estándares normativos. Entre las estrategias implementadas se destacan: *Seguimiento diario a las agendas, con el fin de disminuir la inasistencia. *Reposición en tiempo real de las citas perdidas, priorizando usuarios en sala de espera y las listas generadas por el proceso de agendamiento. *Trabajo articulado con las diferentes direcciones para garantizar la programación oportuna de las citas de Medicina General. El rendimiento por profesional presenta variaciones: bajo en medicina general, pero adecuado en odontología y enfermería. El reporte de sucesos voluntarios aumentó, reflejando una cultura de seguridad fortalecida.				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.													
- Seguridad del paciente y eventos adversos: mantener la socialización periódica y retroalimentación al talento humano para consolidar la cultura de seguridad.													
Firma: Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 6. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025- Dirección Servicios Ambulatorios - Gestión de Servicios Ambulatorios
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Direccion Servicios Hospitalarios - Gestion de Servicios Hospitalarios		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
215HOS	Mayor o igual a 92% en la oportunidad de realización de apendicectomía	Oportunidad en la realización de apendicectomía	92%	596	631	94%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
216HOS	Cero o variación negativa en número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	CERO (0) O Variación negativa	0	0	0	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
207HOS	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	60	8.727	634	13,76	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
208HOS	Medir el Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	180	2.215	150	14,77	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
154HOS	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional por debajo de 5 %	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	5%	293	14.015	2%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
194HOS	Cumplimiento de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	3	82	45.551	0,002	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Direccion Servicios Hospitalarios - Gestion de S ervicios Hospitalarios				E jecución del Plan Operativo Anual-2025				El comportamiento del indicador de cancelacion de cirugias programada intrainstitucional, durante el año 2025 muestra una tendencia variable con ligero incremento hacia el final del año. En el primer trimestre se registró un valor de 2,20%, seguido de 2,02% en el segundo trimestre, alcanzando 2,01% en el tercer trimestre evaluado, finalizando con un 2,15% para el cuarto trimestre. Esto representa una reducción acumulada de 0,05 puntos porcentuales respecto al inicio del año, demostrando una mejora progresiva. El comportamiento del indicador durante el año 2025 presenta una tendencia variable con fluctuaciones trimestrales, mostrando un incremento progresivo en el segundo semestre del año. En el primer trimestre se registró un valor de 2,34, seguido de una disminución significativa a 1,30 en el segundo trimestre (reducción de 1,04 puntos). Para el tercer trimestre, el indicador se ubicó en 1,77, lo que representa un incremento de 0,47 puntos respecto al trimestre anterior, pero mantiene una reducción de 0,57 puntos porcentuales en comparación con el inicio del año, y frente al resultado del cuarto trimestre se evidencia que se presentó un incremento adicional de 1,10 puntos, alcanzando el valor más alto del segundo semestre (2,87), aunque sin superar la meta institucional.				100%	
Recomendaciones: Fortalecer los procesos prequirúrgicos, la coordinación interdisciplinaria y la efectividad de las estrategias implementadas para reducir causas institucionales de cancelación, tales como fallas logísticas, indisponibilidad de insumos o limitaciones en infraestructura.													
Firma: ☒ Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 7. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Direccion Servicios Hospitalarios – Gestión de Servicios Hospitalarios
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				DIRECCION Gestion de Servicios de Urgencias Gestion de Servicios de Urgencias			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
230URG	Mayor o igual a 92% en la oportunidad de pacientes con IAM	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	92%	224	240	93%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
229URG	Cumplir con la oportunidad en la atención de consulta de Urgencias Triage II.	Oportunidad en la Atención Consulta de Urgencias Triage II	30	120.102	8.174	14,69	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
228URG	Cumplimiento Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	0,3	141	84.385	0,002	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025- Dirección Gestion de S ervicios de Urgencias Gestion de S ervicios de Urgencias						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		Para la meta de menor o igual a 0.003 se cumple durante toda la vigencia 2025. Igualmente se hace el seguimiento mensual del dato reportado por sistemas de pacientes que reingresan menor a 72 horas, encontrando que aunque se cumple muy por encima la meta, los pacientes que reingresan son menores de 5 años, gestantes, y adultos mayores con patologías crónicas. Este cumplimiento a la meta aporta a la calidad en la prestación del servicio.				100%	
Recomendaciones: Fortalecer la orientación al alta, el seguimiento telefónico y la articulación con atención ambulatoria para reducir recurrencias y garantizar continuidad del cuidado.													
Firma:  Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 8. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025- Dirección Gestión de Servicios de Urgencias Gestión de Servicios de Urgencias
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				DIRECCION Servicios Complementarios - Gestion de Servicios Complementarios			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
244COM	Cumplir con la Oportunidad de toma de ecografía s30	Oportunidad Tiempo de Ecografía General - RESOLUCIÓN 256 DE 2016	30	447.662	52.169	8,58	100%	60%	1,0%	0,0%		100%	Cumplida
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 2025-Dirección Servicios Complementarios - Gestion de Servicios Complementarios						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		Para el 2025, la Subred Sur registró un tiempo promedio de 8,58 días para la toma de ecografías, cumpliendo en un 100% la meta institucional (≤30 días). Se mantuvo la eficiencia en la gestión de la demanda, disponibilidad de equipos y coordinación del agendamiento.				100%	
- Fortalecer estrategias para intervenir y mejorar la Oportunidad en la toma y reporte de exámenes de imagenología, diagnóstica y terapéutica. - 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. - Implementar la cultura del reporte del análisis del indicador en el aplicativo ALMERA													
Firma:  Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 9. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Dirección Servicios Complementarios - Gestión de Servicios Complementarios
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Direccion Gestion del Riesgo en Salud -Gestion del Riesgo en Salud		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
210GRS	Lograr la incidencia de sífilis congénita a 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.	Incidencia de sífilis congénita.	<= 2 * 1.000	2	3.172	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
216GRS	Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos.	Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos.	<= 10,3 * 1.000	1	2.574	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
296GRS	Intervenir durante el cuatrienio, al 100% de los niños, niñas, adolescentes identificados en el plan integral de desvinculación del trabajo infantil.	Porcentaje de niños niñas y adolescentes NNA, identificados desde el sector salud que cuenten con un plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil.	40%	1.894	2.337	81%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
297GRS	Cumplir en el cuatrienio el 100% de las acciones de fortalecimiento para aumentar la cobertura de vacunación en VPH.	Porcentaje de cumplimiento en acciones de fortalecimiento de cobertura de vacunación en VPH.	60%	12	12	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
298GRS	Desarrollar en el cuatrienio el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.	Proporción del riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años según indicador Peso/Talla	100%	12	12	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
299GRS		Porcentaje de cumplimiento en acciones encaminadas a reducir la proporción de malnutrición de la población de 5 a 17 años	60%	12	12	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
300grs	Lograr durante el cuatrienio, la atención al 100% de la población víctimas del conflicto armado	Población víctima del conflicto armado con procesos de atención psicosocial finalizados por cumplimiento de objetivos	100%	15.765	4.320	121%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
294GRS	Intervenir el 100% de las personas identificadas por el sector salud, con enfoque poblacional, diferencial, de curso de vida, de acuerdo a los distintos grupos: etnia, género, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud.	Vinculación de personas identificadas por el sector salud, con enfoque poblacional, diferencial, de curso de vida, de acuerdo a los distintos grupos: etnia, género, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud	100%	27.918	27.918	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
280GRS	Mayor o igual a 90% mortalidad Intrahospitalaria	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	90%	1.019	1.019	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Direccion Gestion del Riesgo en Salud -Gestion del Riesgo en Salud				Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		El análisis clínico de las causas de muerte enmenores de 5 años ,muestra un predominio de causas infecciosas y respiratorias, destacándose la sepsis neonatal temprana y tardía, el choque séptico, la falla multiorgánica y la insuficiencia respiratoria aguda del recién nacido. De manera recurrente, estas condiciones se asociaron a prematuridad extrema, inmadurez neonatal, bajo o extremadamente bajo peso al nacer, así como a síndromes de dificultad respiratoria y asfixia perinatal severa. En varios casos, la evolución clínica fue rápida, con desenlaces fatales en las primeras horas o días de vida. Adicionalmente, se identificaron factores maternos y obstétricos relevantes, tales como preeclampsia severa, infecciones maternas (urinarias y toxoplasmosis gestacional), ausencia o insuficiencia de controles prenatales, madre adolescente y partos pretérmino Para el indicador de mortalidad intrahospitalaria >48h, se mostró estabilidad general. Predominan las infecciones graves y las enfermedades crónicas de origen cardiovascular, gastrointestinales y cáncer. La concentración en el Tunal y Meissen confirma su rol central en la atención de casos complejos de la subred sur.					100%		
- Articulación efectiva con sectores y actores del sistema de salud Monitoreo constante mediante salas situacionales y comités asistenciales. - Fortalecer la atención prenatal oportuna, la identificación temprana del riesgo obstétrico y la articulación efectiva entre los servicios de control prenatal, atención del parto y cuidado neonatal. En relación con el aseguramiento, se evidencia una distribución mixta entre los regímenes contributivo, subsidiado y población no asegurada, incluyendo varios casos sin afiliación al sistema de salud. -Continuar con la Implementación de estrategias de seguimiento técnico y operativo.													
Firma: ☒ Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 10. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Direccion Gestión del Riesgo en Salud -Gestión del Riesgo en Salud
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

APOYO												
DRIVE PROCESO	% ESPERADO	% AVANCE PONDERADO	% RESULTADO	% METAS CUMPLIDAS	% AVANCE 9,4%	% PONDERADO 10%	% RESULTADO PONDERADO 94,2%	% METAS CUMPLIDAS	% RESULTADO	% AVANCE PONDERADO	% ESPERADO	DRIVE PROCESO
GTH	1,9%	1,9%	99,9%	94%	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	84%	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	67%	89%	2,21%	2,5%	GAD
GAM	1,3%	1,2%	90,9%	91%	GESTIÓN AMBIENTAL		GESTIÓN DOCUMENTAL	100%	100,0%	1,06%	1,06%	GDO
GFI	1,9%	1,9%	99,3%	88%	GESTIÓN FINANCIERA		GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	75%	85,6%	1,21%	1,4%	CTS
EVALUACIÓN												

Tabla 3. Resumen comportamiento POA Macroproceso de Apoyo, 2025.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				Direccion Gestion Administrativa Gestion Administrativa			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
422GA	Cumplimiento del 100% del Plan de Seguridad Vial institucional.	Porcentaje de cumplimiento del plan institucional de seguridad vial.	100%	14	14	1,000	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025- Direccion Gestion Administrativa Gestion Administrativa				Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		Los resultados del indicador evidencian un cumplimiento del 100% para el 2025, correspondiente a la ejecución total de las acciones programadas en el Plan Institucional de Seguridad Vial (PISV). Entre las actividades desarrolladas se destacan las capacitaciones en manejo de extintores, la realización de un simulacro de siniestro vial, y las mesas de trabajo de seguimiento a las inspecciones efectuadas al contratista de transporte, así como la verificación de botiquines vehiculares. Estas acciones demuestran el cumplimiento efectivo de los compromisos en materia de seguridad vial y la consolidación de una cultura de prevención de riesgos asociados al transporte institucional				100%			
Recomendaciones: (a la Gestion administrativa en general)													
•Fortalecer el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura de la Subred Sur.													
•Dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento biomédico para el 2026.													
•eforzar 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 Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 11. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025- Dirección Gestión Administrativa
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Direccion Gestion de Contratacion Gestion de Contratacion		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
358CO	Lograr que el mecanismo de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico de la E.S.E sea de ≥0.70 por compras conjuntas, compras a través de E.S.E o por mecanismos electrónicos	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a). Compras conjuntas, (b). Compras a través de cooperativas de ESE, (c). Compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico quirúrgicos en la vigencia evaluada	0,7	\$ 61.598.414.530	\$ 61.598.414.530	1,00	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025- Direccion Gestion de Contratacion Gestion de Contratacion						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		Durante el cuarto trimestre, la Entidad fue participe del proceso por tienda virtual, en la cual presentó una participación económica por valor de \$61.598.414.530. De dicha participación se derivará al siguiente contrato: Contrato No. 155087-2025, suscrito por el proveedor UAE FONDO NACIONAL DE ESTUPERFACIENTES La anterior constituyen la única adquisición efectuada por medios electrónicos, conforme a lo exigido por este indicador. Lo relacionado con el proceso cuenta con trazabilidad y documentación completa, debidamente cargada en la plataforma SECOP II				100%	
Recomendaciones: - Fortalecer la apropiación de conocimiento de las obligaciones por parte de los de supervisores.													
Firma: ☒ Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 12. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025- Direccion Gestión de Contratacion Gestión de Contratacion
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:					Direccion Gestion del Talento Humano Gestion del Talento Humano		
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
320GH	Aumentar de manera gradual durante el cuatrienio en 4 Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral (SAFL-L).	Salas amigas	1	1	1	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
302GH	Lograr un cumplimiento del 100% en el cuatrienio, del Plan Institucional de capacitación y programa de educación del conocimiento con enfoque territorial.	Cumplir porcentualmente con el Plan Institucional de capacitación y programa de educación del conocimiento con enfoque territorial.	92%	153	156	98%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
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 2025-Direccion Gestion del Talento Humano Gestion del Talento Humano						Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		Dentro del plan de capacitacion para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se logra consolidar un cumplimiento de 97.83% correspondiente a la ejeccion de 45 actividades de 46 programadas, dentro de este evidencio la positiva adherencia al conocimiento en los diferentes escenarios de validacion cuantitativa y se incorporan nuevos procesos como los tercerizados para el conocimiento institucional. La inmersion en el nuevo proceso de la plataforma Smart sur, las alianzas educativas, los convenios docencia servicio y las demas plataformas de aprendizaje , favorecieron este balance al cierre de la vigencia 2025				100%	
Recomendaciones: (Del proceso de Talento humano en general) - Fortalecer la cobertura de la Inducción general de personal nuevo, 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: ☒ Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 13. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Direccion Gestión del Talento Humano Gestión del Talento Humano
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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.						1. Evaluación de Gestión por Dependencias Realizado por la Oficina de Control Interno							
						2. Dependencia- Proceso a evaluar:				Direccion Gestion Financiera Gestion Financiera			
3. COMPORTAMIENTO METAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA- PROCESO													
Codigo ALMERA	META SUBRED SUR 2024-2028	NOMBRE DEL INDICADOR	META	Numerador	Denominador	RESULTADO	Resultado Indicador	Resultado Metas	Ponderado Avance de Metas	% Metas Cumplidas	ESTADO	% / META	ESTADO INDICADORES
358GF	Adopción Programa Riesgo Fiscal y Financiero	Riesgo Fiscal y Financiero	Construir, viabilizar y dar Cumplimiento a las medidas y proyecciones formuladas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, para la vigencia	0,9	1	90%	90%	90%	1,5%	0,0%		0,0%	No cumplida
354GF	Resultado del indicador UVR < 0,90.	Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producida UVR	0,9	11.328	11.386	0,99	0%	0%	0,0%	0,0%		0,0%	No cumplida
342GF	Cero o variación negativa	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	CERO (0) O Variación negativa	0	0	100%	100%	100%	1,6%	1,6%	Cumplida	100%	Cumplida
343GF	Resultado al 100% del equilibrio presupuestal con recaudo	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	1,0	\$ 702.406.861.309	\$ 766.259.667.971	0,92	92%	92%	1,5%	0,0%		0,0%	No cumplida
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 2025-Direccion Gestion Financiera Gestion Financiera				Ejecución del Plan Operativo Anual-2025		La entidad a 31 de diciembre de 2025 no tiene obligaciones de cuentas por pagar por concepto de salarios a personal de planta y por concepto de órdenes de prestación de servicios, lo cual indica que la entidad ha cumplido con el 100% con el pago de estas obligaciones tanto de personal de órdenes de servicios como del personal de planta El resultado del indicador de Equilibrio Presupuestal con corte 31 de diciembre de 2025 es de 91.67%, con unos ingresos totales recaudados de \$702.407 millones y unos gastos totales comprometidos de \$766.260 millones con corte a diciembre de la vigencia 2025, es de aclarar que los gastos tienen un periodo de cobertura mayor al mes de diciembre de 2025, para garantizar la operación en los primeros días de enero 2026. Al comparar los gastos de funcionamiento y operación a precios constantes de 2025, se observa una disminución del 0,39 % en 2025 frente a 2024, mientras que las UVR producidas disminuyeron en un 0,10 %. Como resultado, el costo de producción por UVR presentó una reducción del 0,29 % en la vigencia 2025. En relación con los compromisos, la entidad continúa adelantando acciones de control mediante el seguimiento mensual del gasto frente al consumo real en la adquisición de suministros, así como en la contratación de personas naturales y jurídicas. Lo anterior, con el fin de asegurar que dichos gastos se mantengan acordes con las necesidades institucionales; en este sentido, el proceso financiero ejerce vigilancia y control permanente sobre su ejecución.						100%	
Recomendaciones:													
- Fortalecer las acciones de control en el seguimiento mensual del gasto, frente al consumo real en la adquisición de suministros, contratación de personas naturales y jurídicas, lo anteriormente descrito con la finalidad de buscar que estén acordes a las necesidades de la entidad, por lo que desde el proceso financiero se está ejerciendo vigilancia y control en los gastos de Funcionamiento y Operación conforme a las disposiciones legales.													
- Se requiere reforzar estrategias de recaudo y contención del gasto, así como mejorar la articulación con EPS para radicación oportuna de facturación													
Firma:  Original firmado por Juan Carlos Hurtado Sierra Jefe de Oficina Control Interno													

Imagen 14. Plan Operativo Anual- Vigencia 2025-Direccion Gestión Financiera Gestión Financiera
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional, área de Planeación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2	

8. CONCLUSIÓN.

El presente informe describe el cumplimiento de los procesos frente a las metas e indicadores contenidos en el Plan Operativo Anual- Vigencia 2025. 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.

9. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES RESULTADO DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS

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

Atentamente,



JUAN CARLOS HURTADO SIERRA

Jefe Oficina Control Interno

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

Control.interno.jefe@subredsur.gov.co