

 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 16. Seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo priorizadas por la Entidad - Vigencia 2025.
--------------------------------	---

1. PERIODO DE EJECUCIÓN

Vigencia 2025.

2. OBJETIVO:

Realizar el Seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo priorizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en la vigencia 2025.

3. ALCANCE:

Verificación del nivel de cumplimiento de las 62 metas asociadas a los cinco Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo priorizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en la vigencia 2025.

EQUIPO AUDITOR

Juan Carlos Hurtado Sierra - Jefe Oficina de Control Interno.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente informe se realizó el seguimiento y verificación del cumplimiento de las 62 metas asociadas a los cinco Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo priorizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en la vigencia 2025 y aprobadas mediante Acuerdo 04 del 31 de enero de 2025.

5. MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Norma	Año	Descripción	Emitida por
Ley 152	1994	Establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo	Congreso de la República de Colombia
Decreto 1599	2005	Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano	Presidencia de la República de Colombia
Acuerdo 761	2020	Adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”	Concejo de Bogotá D.C.
Acuerdo 085	2024	Aprueba el Plan Estratégico Institucional 2024-2028 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Junta Directiva Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Acuerdo 004	2025	Aprueba el Plan Operativo Institucional para la vigencia 2025 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Junta Directiva Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

 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

6. CONTENIDO DEL INFORME

El Plan Operativo Anual (POA) es un instrumento de gestión y planificación a corto plazo, en el que una entidad pública detalla: objetivos, metas, actividades y responsables para un periodo de un año. Para el caso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., despliega en acciones concretas el Plan Estratégico Institucional –PEI 2024-2028, aprobado a través del Acuerdo 085 de 2024.

El propósito del POA es garantizar que el PEI aprobado, se ejecute de manera eficiente para cumplir con los fines del Estado. Sus elementos esenciales incluyen: Alineación estratégica: Conecta los objetivos anuales con el Plan de Desarrollo Nacional, Territorial y Distrital, e incluye metas e Indicadores, definiendo resultados medibles y generando líneas de evaluación para su monitoreo trimestral.

El objetivo del seguimiento al cumplimiento de las metas del PEI priorizadas por la Subred Sur en la vigencia 2024, es identificar el cumplimiento de su misionalidad en la prestación de servicios de salud en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz, enmarcados en el nuevo modelo de atención en salud.

En este sentido, el PEI 2024-2028 está conformado por cinco Objetivos Estratégicos, los cuales se desarrollan a través de 62 metas que permiten medir la gestión, logros y resultados de la entidad.

Este informe presenta la Gestión y Resultados alcanzados durante la vigencia 2024, producto de las actividades ejecutadas por los procesos institucionales para el cumplimiento de las 62 metas priorizadas para la vigencia 2025, a través del Acuerdo 004 de 2025, expedido por la Juna Directiva de la Subred Sur ESE.

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, monitoreó el avance en el cumplimiento total de las actividades planeadas para la consecución de las 62 metas durante la vigencia 2025, acompañado de las evidencias documentales que soportan su ejecución y dispuestas en el aplicativo ALMERA. A partir de estos insumos, en su rol de segunda línea de defensa, evaluó el nivel de cumplimiento reportado, verificó la validez de los soportes presentados por actividad, meta y objetivo, determinando el progreso alcanzado en el periodo.

Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza el presente seguimiento al monitoreo realizado por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, mediante la verificación aleatoria de actividades y soportes, para finalmente formular conclusiones y recomendaciones de acuerdo a lo observado.

De esta manera, se presentan los resultados del ejercicio, para la vigencia 2025, por cada uno de los cinco Objetivos Estratégicos y las metas que los conforman:

 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

OBJETIVO ESTRATÉGICO PRIMERO: ENFOQUE MISIONAL – PLAN TERRITORIAL EN SALUD + BIENESTAR.

“Fortalecer el Modelo de Salud en Bogotá, en el marco de la Atención Primaria Social bajo un enfoque de riesgo individual, poblacional y territorial, a través de la prestación de servicios de salud con respuestas transectoriales, con calidad, seguridad, más humanos e innovadores haciendo énfasis en educación y transferencia del conocimiento, soportado en un equipo altamente comprometido”.

PERSPECTIVA: Impacto del sector salud en Bogotá.

LÍNEA ESTRATÉGICA: ¡La Subred Sur Cuida la salud de la Gente! A través del fortalecimiento de acciones preventivas y educativas aportando al mejoramiento de la calidad de VIDA.

Meta 1: Gestionar al 100% los eventos adversos.

El registro para seguimiento se encuentra en el aplicativo ALMERA, donde se detallan los avances en la gestión de riesgos clínicos, que se ejecuta mediante un análisis exhaustivo utilizando la metodología del Protocolo de Londres, herramienta que permite identificar causas raíz y diseñar planes de mejora específicos orientados a la seguridad del paciente.

El enfoque sistemático aplicado ha sido determinante para prevenir la recurrencia de eventos similares, fortalecer la conciencia del personal sobre prácticas seguras, e implementar acciones correctivas y preventivas que consolidan una cultura institucional de seguridad. Estas acciones no solo han reforzado las buenas prácticas clínicas, sino que también han generado un entorno más confiable para la atención.

Asimismo, el compromiso con la mejora continua se evidencia en la disposición para compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas con otras instituciones del sector salud, promoviendo la colaboración interinstitucional como una oportunidad estratégica para generar conocimiento colectivo y elevar los estándares de calidad en la atención.

(El consolidado trimestral y mensual, se encuentra disponible en ALMERA).

Meta 2: Mayor o igual a 90% en la aplicación de guía de hemorragias III

Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se realizó la evaluación de la adherencia a la Guía de Manejo para Trastornos Hipertensivos del Embarazo, adoptada mediante la Resolución 674 del 7 de junio de 2017. Esta actividad dio continuidad al proceso de seguimiento desarrollado en periodos anteriores. La población objeto correspondió a los casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) reportados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), específicamente aquellos clasificados como Trastornos Hipertensivos del Embarazo durante el cuarto trimestre de 2025, con un total de 58 atenciones registradas. Para la auditoría se seleccionó una muestra de 51 historias clínicas, calculada mediante la herramienta muestral definida por la Subred, aplicando un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una heterogeneidad del 50%.

Como resultado, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 92,2% durante el cuarto trimestre de 2025, reflejado en 47 historias clínicas con adherencia igual o superior al 90%, de un total de 51 evaluadas. Este resultado se mantiene alineado con los trimestres anteriores en los cuales se ha logrado porcentajes superiores al 90%, evidenciando la continuidad en el logro de la meta establecida.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O	CIN-ET-03 V2

Es importante continuar con la socialización de los resultados via correo electrónico a los líderes y la ruta materna, en comité de Historias clínicas, y materno perinatal; lo cual ha venido favoreciendo el mantenimiento de los resultados.

Meta 3: Mayor o igual a 90% aplicación de guía de manejo primera causa de egreso hospitalario.

Para el cuarto trimestre de 2025, la población objeto corresponde al total de atenciones realizadas en la Subred Sur a pacientes de bajo y moderado riesgo, atendidos en los servicios ambulatorios de Medicina Interna, Medicina Familiar y Medicina General, con diagnóstico de hipertensión arterial (código CIE-10 I10X), durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025. Esta población asciende a 16.049 registros, según la fuente RIPS del Sistema de Información Dinámica Gerencial.

Posterior a la aplicación del instrumento, durante este periodo se obtuvo un cumplimiento global del 92,5%, resultado que corresponde a 298 historias clínicas con un nivel de adherencia igual o superior al 90%, de un total de 322 evaluadas. Cabe destacar que el número de evaluaciones para este indicador se incrementó a partir del tercer trimestre, como consecuencia del mayor volumen de atenciones en el universo institucional. Este aumento se explica porque, en los dos primeros trimestres del año, el universo evaluado para la Guía de Práctica Clínica (GPC) correspondiente era menor, lo que otorga mayor relevancia al porcentaje alcanzado, el cual se mantiene dentro de la meta establecida, aunque inferior al 100% logrado en el primer y segundo trimestre en la evaluación de la GPC de Prematurez.

Es importante señalar que la GPC de Hipertensión Arterial también fue objeto de evaluación en el primer y segundo trimestre, alcanzando en ambos casos un cumplimiento del 90%.

- Se destaca la uniformidad en criterios críticos como registro completo del motivo de consulta, signos vitales, coherencia clínica y solicitud de interconsultas especializadas, todos con cumplimiento del 100%, incluso en un universo evaluado más amplio.
- Aspectos como clasificación del riesgo cardiovascular, solicitud de paraclínicos y promoción de adherencia mantienen niveles superiores al 95%, confirmando la robustez del modelo de atención.

Se resalta la importancia de la socialización de resultados en el comité de historias clínicas, y la articulación con el equipo de medicina familiar, a quienes se le realiza de manera personalizada la socialización de resultados, y posteriormente realizan la retroalimentación en campo y acompañamiento a los profesionales en las unidades.

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *El Sur de Bogotá, Ejemplo de Vida, mejoramiento de los Indicadores en Salud.*

Meta 4: Mayor o igual a 92% en la oportunidad de realización de apendicectomía.

Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se realizaron 182 procedimientos quirúrgicos de apendicectomía, de los cuales de acuerdo a los tiempos generados del sistema se evidenció que 167 lograron realizarse dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación

 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

Se evidencia un comportamiento del indicador con resultados superiores a la meta planteada por la Resolución 408 de 2018, y un cumplimiento en la meta establecida institucionalmente. Esto ha sido producto del ejercicio permanente de priorización de cirugía en salas de cirugía, lo cual ha mejorado colateralmente el comportamiento del indicador, así como el involucramiento de los servicios de urgencias y demás perfiles del equipo de salud para hacer que los pacientes con esta patología sean atendidos en el menor tiempo posible buscando brindar una atención de salud con oportunidad

Meta 5: Cero o variación negativa en número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas.

Una vez depuradas las bases de historias clínicas por las especialidades de Pediatría y Neonatología, se obtuvieron los siguientes resultados para el cuarto trimestre de la vigencia:

Pediatría: se obtuvo un total de 69 historias clínicas (15 en octubre, 26 en noviembre y 28 en diciembre); se revisó una muestra obtenida por cálculo estadístico (calculadora Netquest) con los siguientes parámetros; margen de error de 10%, nivel de confianza de 95%, y una heterogeneidad de 50%, se calcula una muestra de 42 historias clínicas revisadas aleatoriamente por referente de Pediatría (15 de octubre, 15 de noviembre, y 12 de diciembre) al analizar las historias clínicas no se encuentran pacientes con diagnóstico de neumonía secundaria a broncoaspiración intrahospitalaria, sus estancias hospitalarias son principalmente secundarias a neumonías y bronconeumonías adquiridas en comunidad.

Neonatología: se analizó el 100% de las historias correspondiente a 11 pacientes, (de las cuales fueron: 3 en octubre, 4 en noviembre y 4 en septiembre) por parte la referente de neonatología no se identificaron casos de neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalario, dado que los casos corresponden principalmente corresponden a infección respiratoria por bronquiolitis aguda como principales etiologías, ataque cianótico, falla respiratoria por hemorragia pulmonar; casos en los cuales no se presentó evento que indique que haya existido en algún momento bronco aspiración intrahospitalaria como causa primaria.

Meta 6: Mayor o igual a 92% en la oportunidad de pacientes con IAM.

En el cuarto trimestre la medición y seguimiento a la oportunidad en la atención de pacientes con diagnóstico de IAM al egreso se logró en el 95.83, de los pacientes con IAM.

Durante el cuarto trimestre se analizaron 48 casos de los cuales en 44 pacientes se inició la terapia dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico. La meta es igual o superior al 90%. Comparado con el trimestre anterior mejoro ya que el trimestre anterior quedo en 93.48%.

Se continúa trabajando para llegar al 100% como estuvimos en el primer trimestre de este año y para lograr esto se realiza seguimiento diario en Dinámica Gerencial, para poder identificar las desviaciones y hacer realimentación individual a los profesionales en quienes se identifica incumplimiento.

Meta 7: Mayor o igual a 90% mortalidad Intrahospitalaria

Se realizó el análisis de los casos de mortalidad que ocurrieron más de 48 horas después de la atención inicial en las diferentes unidades de servicios de salud (USS) de la Subred. El análisis

 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

incluyó la identificación de variables como género, edad, sitio de defunción, servicio, y causa de muerte, esta última clasificada según la clasificación internacional CIE-10. La revisión se llevó a cabo mediante la consulta de la historia clínica en el sistema de gestión dinámica, el certificado de defunción, las bases de datos del RUAF ND y las bases del servicio de Patología correspondientes a diciembre de 2025. Los resultados del análisis fueron presentados posteriormente en el comité de Estadísticas Vitales, en cumplimiento con lo establecido en la resolución 408 de 2018.

Durante el IV trimestre de 2025 se analizaron un total de 271 defunciones intrahospitalarias con estancia mayor a 48 horas, 5 defunciones más correspondientes a octubre (94 casos), noviembre (88 casos) y diciembre (89 casos). En los tres meses se logró el análisis del 100 % de los casos, cumpliendo el estándar $\geq 0,90$ establecido por la Resolución 408 de 2018. Las principales causas de muerte fueron enfermedades infecciosas, circulatorias y tumores malignos, con variaciones menores entre los meses. La mayor proporción de defunciones ocurrió en hospitalización y UCI adultos, destacando las USS Tunal y Meissen como principales centros de atención.

Las enfermedades infecciosas se mantienen como primera causa de mortalidad, predominando en hombres adultos mayores. Las circulatorias ocupan el segundo lugar con tendencia ascendente, y las neoplasias muestran incremento hacia septiembre, destacando cáncer de colon, páncreas, pulmón y ginecológicos. Las digestivas y genitourinarias también aumentan progresivamente, mientras que las causas externas afectan principalmente a varones adultos.

Meta 8: Cumplir con la Oportunidad de pediatría ≤ 5 .

Durante el IV trimestre del 2025, se asignaron 2.725 consultas médicas del servicio de Pediatría en las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con un tiempo promedio de asignación de 4,93 días. Este resultado se encuentra dentro del estándar normativo e institucional, que establece un tiempo menor a 5 días. En comparación con el trimestre anterior, cuando el promedio fue de 5,21 días, se evidencia una mejora en la oportunidad de asignación.

Para garantizar la disponibilidad de agendas y la capacidad de respuesta del servicio, se realizaron ajustes y se fortalecieron diversas estrategias, entre ellas:

- *Ampliación de horas destinadas a la prestación del servicio especializado.
- *Monitoreo diario de la completitud de las agendas para asegurar su adecuado funcionamiento.
- *Recordatorio anticipado de consultas con el fin de disminuir la inasistencia.
- *Fortalecimiento del seguimiento y control por parte de los profesionales de enlace en las unidades que cuentan con el servicio de Pediatría.

Estas acciones contribuyeron a mejorar la oportunidad de atención y a mantener el cumplimiento del estándar institucional.

Meta 9: Cumplir con la Oportunidad de medicina de Obstetricia ≤ 8 .

Durante el cuarto trimestre, las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. asignaron 656 consultas médicas de Obstetricia, con un tiempo promedio de asignación de 4,68 días, resultado que se mantiene por debajo de la meta institucional establecida en menos de 8 días. En comparación con el trimestre anterior, se evidencia un aumento de 1,49 días en el tiempo promedio de asignación de esta especialidad.

Para mitigar este comportamiento y garantizar el acceso sin el aumento del tiempo promedio de espera para la asignación de citas, se fortalecieron diferentes estrategias, entre ellas:

 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

*Realización de jornadas de especialistas en las unidades ubicadas en zonas rurales, con el propósito de acercar los servicios de salud a poblaciones con mayores barreras de acceso.

*Seguimiento continuo a mujeres gestantes, promoviendo la adherencia a los controles prenatales conforme a lo establecido en la Resolución 3280.

Estas acciones han permitido mejorar la oportunidad en la atención y sostener el cumplimiento de los estándares institucionales.

Meta 10: Cumplir con la Oportunidad de medicina Interna ≤ 15 .

Durante el cuarto trimestre, en las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se asignaron 1.686 consultas de medicina interna de primera vez, con un tiempo promedio de asignación de 10,28 días, valor inferior al estándar institucional y a la normatividad vigente, que establece un máximo de 15 días.

En comparación con el trimestre inmediatamente anterior, se evidenció un incremento de 1,30 días en el promedio de asignación; sin embargo, en ambos periodos se mantiene el cumplimiento del estándar requerido. Asimismo, se fortalecieron las estrategias lideradas por la Dirección de Servicios Ambulatorios para garantizar una gestión eficiente de las consultas médicas especializadas, optimizando la disponibilidad del talento humano y las horas de prestación del servicio. Entre estas estrategias se destacan:

*Monitoreo diario de las agendas médicas.

*Reposición oportuna de citas incumplidas.

*Liberación y reasignación de cupos por inasistencia.

*Recordatorio de citas por llamada telefónica o mensaje de texto, a través del Call Center.

Meta 11: Cumplir con la Oportunidad de medicina General ≤ 3 .

Para el IV trimestre de 2025 se asignaron 23.593 consultas de primera vez en Medicina General en todas las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. La oportunidad en la asignación de cita alcanzó un valor de 2,56 días, cumpliendo con la meta establecida y evidenciando una mejoría significativa frente al trimestre inmediatamente anterior, cuyo resultado fue de 3,42 días. 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.

En el análisis del comportamiento del indicador se identifica que la cantidad de novedades administrativas asociadas al personal de Medicina General en cada unidad tiene un impacto directo en la oportunidad de la atención. Esta variable debe ser considerada de forma permanente para comprender y anticipar variaciones en el desempeño del indicador.

Cumplir con la Oportunidad de cita de ginecología ≤ 8 .

Durante el IV trimestre del año 2025 se asignaron 3.108 consultas de primera vez para el servicio de Ginecología en las sedes pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. El tiempo promedio de asignación de citas de primera vez fue de 4.53 días, cumpliendo con la meta institucional y normativa establecida de menos de 8 días, y manteniendo el desempeño alcanzado en el trimestre inmediatamente anterior.

 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

Para asegurar este cumplimiento se implementaron diversas estrategias, entre ellas: la monitorización diaria de agendas, la reposición oportuna de citas no cumplidas y el recordatorio anticipado de citas médicas.

Cumplir con la Oportunidad de Odontología general primera vez ≤3.

Para el trimestre Se asignaron 40.132 citas de odontología general. Lo que alcanzó una oportunidad de 14.318 citas, cumpliendo la meta establecida (<3). El cumplimiento se atribuye a la implementación de estrategias sostenidas durante el año, tales como : Recordación de citas para disminuir la inasistencia; Disponibilidad de higienistas orales en centros de alta demanda, asegurando el cumplimiento de la meta de PYD; Canalización de pacientes hacia citas resolutorias; Reposición de citas canceladas para mantener la continuidad del servicio y Redistribución del talento humano y contratación de 2 odontólogos generales adicionales, fortaleciendo la capacidad de atención.

Las acciones ejecutadas permitieron cumplir la meta trimestral y mejorar la eficiencia en la asignación de citas, garantizando mayor acceso y oportunidad en la atención odontológica.

Cumplir con la Oportunidad de cirugía general primera General ≤20.

Durante el IV trimestre de 2025 se asignaron 1.289 consultas de primera vez para el servicio de Cirugía General en las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con un tiempo promedio de espera de 6,81 días. Este resultado permitió cumplir la meta institucional y normativa establecida de menos de 20 días.

En comparación con el trimestre anterior, se evidenció un incremento de 1,78 días en la oportunidad de asignación de esta especialidad; sin embargo, el indicador mantiene el cumplimiento dentro del estándar esperado.

Para garantizar la capacidad de respuesta del servicio, se mantuvieron y fortalecieron diversas estrategias, entre ellas: Reposición oportuna de citas canceladas, en trámite o por inasistencia; *Monitoreo permanente de la completitud de agendas y Recordatorio anticipado de las citas de especialidades médicas.

Estas acciones se desarrollaron de manera articulada con el componente hospitalario–quirúrgico, permitiendo optimizar la gestión y continuidad del servicio.

Cumplir con la Oportunidad de toma de ecografía ≤30.

Durante el segundo trimestre de 2025, la Subred Sur registró un tiempo promedio de 5,06 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.

En el primer semestre de 2025 se realizaron 212.025 ecografías con un promedio de 7,51 días, alcanzando 67% de cumplimiento global. Aunque se mantiene dentro del estándar, se recomienda fortalecer el control de tiempos y garantizar soportes completos para evidenciar continuidad y trazabilidad del proceso.

 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

Meta 12: Cumplir con la oportunidad en la atención de consulta de Urgencias Triage II.

En el cuarto trimestre, la oportunidad de triage II en la Subred es de 10.21 minutos, lo que significa que desde que se clasifica como triage II un paciente que ingresa a urgencias hasta que es atendido por médico general transcurren 10.21 minutos. La meta de este indicador no debe superar los 30 minutos, logrando un cumplimiento muy por encima de la meta establecida. Con relación al trimestre anterior disminuyó, de 11,99 a 10.21 beneficiando a los usuarios que llegan al servicio de urgencias con una atención más rápida por médico general. Sin embargo igualmente los dos trimestres se encuentran dentro de la meta establecida que es realizar esta atención antes de 30 minutos.

Para lo anterior se realiza seguimiento diario en todos los servicios de urgencias de la Subred Sur y a través de dinámica gerencial poder verificar el cumplimiento de la meta establecida, haciendo realimentación a los profesionales cuando se genera desviación del indicador. Se adjunta acta de seguimiento y realimentación a profesionales.

Meta 13: Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas.

El Número de cirugías programadas en el 2025 fue de 635. El indicador planteado, presenta la Oportunidad en la programación de cirugía de catarata en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. estableciendo una meta de cumplimiento de programación del procedimiento menor a 60 días, para el mes evaluado, se evidencia que:

Sumatoria de los días transcurridos entre la solicitud de la cita y la fecha de la cita para cirugía de catarata: 216

de cirugías programadas en un periodo de cirugía catarata: 32

Resultado 6,75

Meta: 60

Cumple: SI

Con base en los resultados obtenidos, el indicador de oportunidad en la programación de cirugía de catarata en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. muestra un cumplimiento adecuado de los tiempos establecidos. El resultado de 6,75 días promedio entre la solicitud y la programación de la cita quirúrgica se encuentra por debajo de la meta institucional. Los datos indican que el proceso de programación quirúrgica mantiene tiempos que permiten el acceso al procedimiento dentro de los parámetros esperados, contribuyendo a la oportunidad en la atención especializada de la Subred.

Meta 14: Medir el Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera.

El Número total de cirugías de Cirugía de Reemplazo de Cadera del 2025 fue de 150. El indicador planteado, presenta la Oportunidad en la programación de cirugía de cadera en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. estableciendo una meta de cumplimiento de programación del procedimiento menor a 180 días, para el mes evaluado, se evidencia que:

Sumatoria de los días transcurridos entre la solicitud de la cita y la fecha de la cita para cirugía de cadera: 49

de cirugías programadas en un periodo de cirugía de cadera: 9

Resultado: 5,44

Meta: 180

Cumple: SI

 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

Con base en el resultado obtenido, el indicador de oportunidad en la programación de cirugía de cadera en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. refleja un cumplimiento de los tiempos establecidos para este tipo de procedimiento.

Meta 15: Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional por debajo de 5 %.

Durante el cuarto trimestre de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. programó un total de 3.259 cirugías, de las cuales 70 fueron canceladas por causas intrainstitucionales, lo que representa el 2,15% del total de procedimientos quirúrgicos programados. La distribución mensual fue la siguiente: octubre registró 32 cancelaciones de 1.216 cirugías programadas (2,63%), noviembre presentó 13 cancelaciones de 1.178 cirugías programadas (1,10%), y diciembre reportó 25 cancelaciones de 865 cirugías programadas (2,89%).

La meta institucional para este indicador establece un valor máximo de 5,00% como umbral aceptable. Con el resultado obtenido de 2,15%, se evidencia un cumplimiento satisfactorio de la meta, manteniéndose 2,85 puntos porcentuales por debajo del límite establecido. Este desempeño refleja una gestión adecuada de los recursos y procesos quirúrgicos, minimizando las cancelaciones atribuibles a factores institucionales.

El comportamiento del indicador 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.

Meta 16: Mantener el índice de satisfacción mayor o = al 95%.

Con base en los soportes remitidos por el proceso, se verifica un cumplimiento del 96 %, con un índice global de satisfacción de los usuarios del 99 %, superando ampliamente la meta institucional (≥ 95 %).

El indicador se clasifica como Sobresaliente, evidenciando un alto nivel de aceptación y percepción positiva de los servicios prestados. Los resultados muestran que el 91,55 % de los usuarios calificó su experiencia como “buena” y el 7,21 % como “muy buena”, lo que refleja confianza en la atención y en la calidad del servicio recibido. Este comportamiento se asocia a estrategias sostenidas de humanización, mejora en la oportunidad y fortalecimiento del trato digno en los diferentes puntos de atención. Se observa una baja proporción de respuestas negativas (0,15 %), lo que demuestra una gestión efectiva de la experiencia del usuario. Se recomienda mantener la consistencia en la aplicación de encuestas, fortalecer el análisis cualitativo de los comentarios y continuar implementando acciones que consoliden la cultura de servicio centrado en el usuario.

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

 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

de 1,10 puntos, alcanzando el valor más alto del segundo semestre (2,87), aunque sin superar la meta institucional.

Durante el cuarto trimestre de 2025, el indicador de proporción de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días registró un valor de 2,87, lo que significa que, de cada 100 egresos hospitalarios, aproximadamente 3 pacientes reingresaron antes de cumplir 15 días. La meta institucional establece un valor máximo de 3,00 como umbral aceptable para este indicador. Con el resultado obtenido de 2,87, se evidencia un cumplimiento satisfactorio de la meta, manteniéndose 0,13 puntos por debajo del límite establecido. A pesar del aumento observado en el cuarto trimestre, la tendencia general del año es favorable, manteniéndose todos los valores por debajo de la meta establecida.

Finalmente, se establece que el indicador de reingresos hospitalarios demuestra un desempeño adecuado durante el cuarto trimestre de 2025, manteniéndose por debajo de la meta institucional durante toda la vigencia. Para mantener estos resultados, se propone continuar con el proceso de validación de datos en coordinación con el subproceso de Gestión de la Información.

Meta 17: Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización por debajo de 2,00.

Durante el 2025, se reportaron 119 eventos adversos relacionados. Los eventos fueron evaluados bajo la estructura del Programa de Seguridad del Paciente, utilizando la metodología del Protocolo de Londres, lo que permitió: Identificar las causas raíz; Determinar los factores contributivos; Establecer acciones correctivas orientadas a la prevención. La estrategia refleja el compromiso institucional con la seguridad del paciente y la mejora continua de los procesos de atención, consolidando una cultura de seguridad en el entorno hospitalario.

Durante el cuarto trimestre de 2025, se reportaron 11 eventos adversos prevenibles relacionados con caídas de pacientes, lo que representa una disminución de 32 eventos en comparación con el trimestre anterior.

Meta 18: Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias ≤1.

Durante el 2025, se reportaron 39 eventos adversos prevenibles relacionados con caídas de pacientes, Evidenciando en su comportamiento que las acciones implementadas mitigaron el riesgo atacando la causa raíz.

Durante el mes de diciembre de 2025, no se materializaron eventos adverso relacionados con caídas en la dirección, . Este resultado representa una disminución significativa con relación al periodo anterior y cumple con la meta institucional establecida, que es de 0.8, eventos por cada 1000 egresos.

Desde el programa institucional se continúa con el fortalecimiento de la estrategia: “Cero caídas, responsabilidad compartida”, promoviendo la corresponsabilidad entre el equipo de salud y los pacientes; Implementación de nuevas barreras de seguridad, alineadas con los estándares del programa de Seguridad del Paciente; Retroalimentación institucional de los incidentes reportados a través del comité correspondiente, con el objetivo de fomentar el aprendizaje organizacional y prevenir recurrencias.

 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

Meta 19: Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa $\leq 0,1$.

Durante el 2025 se presentaron 3 eventos adverso relacionado con caídas en este servicio logrando el cumplimiento del indicador de acuerdo a meta establecido del 0.1.

La ausencia de eventos adversos relacionados con caídas refleja el compromiso del equipo con la seguridad del paciente y la eficacia de las estrategias implementadas. Este resultado positivo evidencia el impacto de las acciones preventivas, sin embargo, es fundamental mantener una vigilancia activa y continuar fortaleciendo las medidas adoptadas para consolidar y sostener estos logros en el tiempo.

En el marco del Programa de Seguridad del Paciente, se continúa con el fortalecimiento de la estrategia “Cero caídas, responsabilidad compartida”, promoviendo la participación activa del equipo asistencial en la identificación y mitigación de riesgos. Como parte de las medidas implementadas, se han incorporado nuevas barreras de seguridad orientadas a minimizar los factores de riesgo en los entornos clínicos.

Adicionalmente, se mantiene un proceso sistemático de retroalimentación y clasificación de eventos a través del Comité de Seguridad del Paciente, lo que contribuye al aprendizaje organizacional y al fortalecimiento de una cultura institucional centrada en la atención segura y de calidad.

Meta 20: Cumplimiento del estándar de Tasa de caída de pacientes en el servicio de servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico $\leq 0,3$.

El cumplimiento de la meta establecida en el indicador contribuye al aprendizaje organizacional y refuerza la consolidación de una cultura institucional centrada en la atención segura y de calidad, promoviendo entornos clínicos más seguros para pacientes y profesionales de la salud. Durante el 2025 se registró 1 evento adversos relacionados con caídas, resultado atribuible a la implementación efectiva de barreras de seguridad en los servicios asistenciales. Este desempeño permitió el cumplimiento del indicador establecido, evidenciando la eficacia de las estrategias institucionales de prevención.

El resultado refleja un trabajo sostenido, coordinado y proactivo por parte del equipo asistencial, enfocado en la gestión del riesgo clínico y en el fortalecimiento de las prácticas seguras. Asimismo, este logro contribuye a la consolidación de una cultura de seguridad centrada en la atención segura y de calidad, promoviendo entornos clínicos más confiables para pacientes y profesionales de la salud.

Meta 21: Cumplimiento del estándar proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización $\leq 0,5$.

Para el 2025, se materializaron 40 eventos adversos asociados a medicamentos Durante el mes de diciembre se materializaron cinco eventos adversos prevenibles asociados al uso de medicamentos. A pesar de su ocurrencia, no se evidenció desviación en el indicador, logrando el cumplimiento de la meta establecida, lo que representa un avance significativo en la implementación de estrategias de seguridad del paciente.

Los casos fueron analizados bajo la metodología del Protocolo de Londres, permitiendo una revisión estructurada y profunda de cada situación, con la identificación de las causas raíz y los

 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

factores contribuyentes. Los resultados obtenidos se mantienen por debajo del umbral crítico, lo que refleja el impacto positivo de las acciones preventivas adoptadas.

Desde el Programa Institucional de Seguridad del Paciente y desde la línea de farmacovigilancia, se ha dado continuidad al fortalecimiento de las buenas prácticas en la administración segura de medicamentos, destacando la implementación rigurosa de los '11 correctos' como estrategia clave de prevención.

Cada evento fue analizado en detalle, y los aprendizajes derivados fueron compartidos con el personal asistencial, promoviendo el aprendizaje organizacional y la consolidación de una cultura de mejora continua. Este enfoque proactivo permite identificar áreas críticas, prevenir la recurrencia de eventos adversos y garantizar una atención más segura y de mayor calidad para los pacientes.

Meta 22: Cumplimiento del estándar proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias $\leq 0,05$.

Durante la vigencia 2025 se registraron 40 eventos adverso prevenible relacionados con el uso de medicamentos. Estos eventos fueron analizados mediante la metodología del Protocolo de Londres, lo que permitió una revisión estructurada y profunda para identificar la causa raíz y los factores contribuyentes.

El fortalecimiento continuo de las buenas prácticas y la implementación rigurosa de medidas de seguridad, como los '11 correctos' en la administración de medicamentos, han sido fundamentales para alcanzar estos resultados. Estas acciones han sido complementadas con rondas de seguridad, abordajes en los servicios clínicos y revisión detallada de casos, promoviendo el aprendizaje organizacional y la corresponsabilidad del personal asistencial.

Meta 23: Cumplimiento del estándar Tasa de ulcera por presión $\leq 0,7$

En el 2025 se materializaron 129 eventos adversos asociados. Durante el cuarto trimestre de 2025 se registraron 20 eventos adversos prevenible relacionados con úlceras por presión. Estos eventos fueron analizados mediante la metodología del Protocolo de Londres, lo que permitió una revisión estructurada y profunda para identificar la causa raíz y los factores contribuyentes.

Se observó una disminución significativa en el número de eventos respecto al trimestre anterior. No se evidenció desviación en el indicador, cumpliéndose la meta establecida. Esto refleja la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. Bajo el fortalecimiento de la buena práctica, Fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Garantizar una atención más segura y de mayor calidad.

Meta 24: Cumplimiento Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

Para el cuarto trimestre: La proporción de reingresos menor a 72 horas en el servicio de urgencias quedo en 0.00068, lo que indica una muy baja cantidad de pacientes que reingresan antes de 72 horas al servicio de urgencias. Este periodo reporta por sistemas 15 pacientes que reingresan al servicio de urgencias por el mismo diagnostico antes de 72 horas; logrando muy por encima la meta establecida que debe ser menor o igual a 0.003. La tendencia durante el año 2025 ha sido similar, para el trimestre anterior el resultado fue 0.0017 correspondiente a 36 reingresos. Para la meta de menor o igual a 0.003 se cumple durante toda la vigencia 2025. Igualmente se hace

 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

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.”

Meta 25: Cumplimiento de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.

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.

La meta institucional establece un valor máximo de 3,00 como umbral aceptable para este indicador. Con el resultado obtenido de 2,87, se evidencia un cumplimiento satisfactorio de la meta, manteniéndose 0,13 puntos por debajo del límite establecido.

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *¡La Subred Sur Cuida la salud de la Gente! A través del fortalecimiento de acciones preventivas y educativas aportando al mejoramiento de la calidad de VIDA.*

Meta 26: Lograr en el cuatrienio el 100% de la implementación de acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.

Se evidencian avances significativos en el 100% de las acciones contempladas en el cronograma de actividades, entre otras:

- Asistencia a espacios intersectoriales de buen trato por localidad (Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme, Sumapaz),
- Acciones educativas de prevención de las violencias en entornos de vida cotidiana,
- Asistencia a espacios intersectoriales de comité de víctimas. (ciudad Bolívar, Tunjuelito,
- Acciones de prevención y atención a casos de violencias basadas en género,
- Articulaciones temas de abordaje IPS,
- Rutas de atención a violencias intersectorial,
- Acciones de seguimiento a la atención casos notificados por violencia o familias en riesgo equipos EBEH,
- Acciones de seguimiento a la atención casos notificados por violencia y canalizados por los equipos de entornos y territoriales.

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Mejor Calidad de Vida y en Salud para la Población del Sur de Bogotá D.C.*

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *El Sur de Bogotá, Ejemplo de Vida, mejoramiento de los Indicadores en Salud.*

 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

Meta 29: Lograr la incidencia de sífilis congénita a 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

Para el mes de diciembre del 2025 se cumple al 100% con el indicador con (0 casos), en relación con el 2024 con mejora, pues se presentó un caso de capital salud migrante irregular con diagnóstico en el momento del parto.

Para el mes de diciembre 2025 se presentan tres (3) casos ninguno de asignación y responsabilidad de la Subred Sur, ya que corresponde a población menor a 6 meses de asignación a la Subred, en cuanto a afiliación, dos (2) casos afiliación a Capital Salud asignada a Subred sur: un (1) caso para el mes de septiembre del 2025, con movilidad de afiliación durante gestación reportado por aseguradora; un (1) caso con inicio tardío a inscripción a control prenatal con 20 semanas (debido a cambio de afiliación de famisanar a Capital salud), y un (1) caso usuaria migrante irregular, hace 4 meses en Colombia, sin atenciones previas en la Subred, gestante que vive entre Venezuela y Colombia.

Meta 30: Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años en menos de 10,3 por mil nacidos vivos.

Durante el cuarto trimestre de 2025 se realizó el análisis de los indicadores trazadores de mortalidad infantil, con el fin de evaluar el comportamiento de los eventos ocurridos en los meses de octubre, noviembre y diciembre y verificar el cumplimiento de la meta institucional de mantener la tasa de mortalidad en menores de cinco años por debajo de 10,3 por mil nacidos vivos. En total, durante este periodo se registraron veinte defunciones en población infantil, con una distribución heterogénea en los meses evaluados: tres casos en octubre, nueve en noviembre y ocho en diciembre. A pesar del volumen total de casos, únicamente se identificó un evento atribuible a la atención en salud, el cual se presentó en el mes de diciembre. La ocurrencia de nacidos vivos para el trimestre fue de 892, lo que permitió calcular una tasa trimestral acumulada de 1,12 por mil nacidos vivos, con tasas iguales a cero en octubre y noviembre, y de 3,23 por mil en diciembre, donde efectivamente se registró el caso asociado a la atención.

Finalmente, como resultado del análisis, la institución definió fortalecer el seguimiento al plan de mejora del PAI con un monitoreo continuo, buscando asegurar la ejecución oportuna de sus actividades, mejorar los procesos asistenciales y garantizar la adherencia a los lineamientos técnicos vigentes. Todo ello con el propósito de prevenir nuevos eventos evitables y mejorar la calidad, seguridad y oportunidad de la atención a la población infantil

PERSPECTIVA: Impacto del sector salud en Bogotá.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Afectar positivamente los determinantes en el sur para el mejoramiento de la calidad de vida de la población del Sur de Bogotá

Meta 31: Intervenir durante el cuatrienio, al 100% de los niños, niñas, adolescentes identificados en el plan integral de desvinculación del trabajo infantil.

Durante el trimestre se abordaron 273 casos de NNA , logrando desvincular 234 casos el porcentaje de desvinculación de niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil para el cuarto trimestre del año 2025 fue del 85.71%, esto se logro a través de la implementación de la estrategia y abordaje de temas trasversales que permitan aportar al proceso de desvinculación. La estrategia se desarrollo en un periodo de 1.5 a 3 meses en el cual se realiza un seguimiento al plan de trabajo donde se establecen los compromisos con

 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

cuidadores y familias para fomentar la desvinculación laboral de la población abordada. El indicador tiene tendencia al ascenso ya que se registra un aumento en el número de casos cerrados y se disminuye el proceso de caracterizaciones de acuerdo con la proyección establecida para la identificación de niños, niñas y adolescentes trabajadores o en acompañamiento de la actividad laboral. Como soporte de la gestión realizada se presentan fichas nominales de los casos gestionados con una muestra aleatoria del 2,19 % de los casos.

PERSPECTIVA: Impacto del sector salud en Bogotá.

LÍNEA ESTRATÉGICA: El Sur de Bogotá, Ejemplo de Vida, mejoramiento de los Indicadores en Salud.

Meta 32: Cumplir en el cuatrienio el 100% de las acciones de fortalecimiento para aumentar la cobertura de vacunación en VPH.

Durante el cuarto trimestre de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), cumplió el 100% de las acciones programadas en el Plan Operativo Anual (POA) orientadas al fortalecimiento de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en población de 9 a 17 años, en respuesta al plan de mejora establecido. Las acciones se enfocaron en la aplicación de la vacuna VPH en niños y niñas, mediante la articulación con el entorno educativo, fortaleciendo la estrategia “Vacúnate y sé un bacán” en instituciones educativas del territorio, lo que permitió mejorar la captación de población objetivo.

De manera complementaria, se reforzaron las acciones de comunicación y sensibilización durante las jornadas nacionales de vacunación, promoviendo la demanda inducida, la socialización en salas de espera y la difusión de información clara sobre la importancia de la vacunación, contribuyendo a la reducción de barreras de acceso.

El seguimiento permanente a las agendas de vacunación, la verificación de población susceptible asignada por las EAPB y el monitoreo continuo de coberturas a través de los tableros de control permitieron realizar ajustes operativos oportunos y mantener un comportamiento estable de las coberturas al cierre del año 2025.

Meta 33 : 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.

Durante el cuarto trimestre del año, el indicador de proporción del riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años según Peso/Talla se mantiene con un cumplimiento del 100%, lo cual evidencia la continuidad en la vigilancia activa, la detección oportuna y el seguimiento nominal de los niños y niñas identificados con riesgo o diagnóstico de desnutrición. Este resultado refleja la sostenibilidad de las estrategias implementadas y el fortalecimiento progresivo del abordaje integral desde los servicios de salud.

En este periodo, las acciones desarrolladas estuvieron orientadas principalmente a:

1. Fortalecimiento de la Clínica de Recuperación Nutricional como programa, incluyendo de manera explícita la atención del riesgo de desnutrición. Se realizaron reuniones periódicas de fortalecimiento del equipo.
2. Se continuó con el agendamiento, priorización y seguimiento de la cohorte de riesgo en la Clínica de Recuperación Nutricional, garantizando la atención oportuna y la continuidad del cuidado.
3. Adicionalmente, se socializaron en la Mesa Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional los

 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

avances alcanzados a partir del mes de octubre en el fortalecimiento de la Clínica, promoviendo la articulación intersectorial y la toma de decisiones informadas para el manejo del riesgo y la desnutrición aguda.

El documento técnico interno de la Subred se mantiene vigente, con un cumplimiento del 100%, sin requerir actualización para el cuarto trimestre. Continúa siendo un referente técnico clave para la atención de los casos con riesgo de desnutrición, y su aplicación constante ha permitido la estandarización de los procesos y la unificación de criterios en la atención nutricional

Meta 34: Cumplir el 100% a reducir la proporción de malnutrición de la población de 5 a 17 años.

Durante el cuarto trimestre del año, el indicador de porcentaje de cumplimiento en acciones orientadas a disminuir la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años se mantiene en un 100%, lo que evidencia la continuidad y consolidación de las estrategias institucionales dirigidas al manejo integral de la malnutrición por exceso, especialmente el sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

En este periodo, se dio continuidad al abordaje técnico-asistencial de los casos priorizados, con énfasis en la atención médico-nutricional desde la Clínica de Recuperación Nutricional, garantizando el seguimiento de niños, niñas y adolescentes con exceso de peso según sus necesidades individuales. De manera complementaria, se fortaleció la articulación intersectorial a través de los espacios de Mesa Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional, permitiendo el análisis de avances, brechas y acciones conjuntas para la promoción de hábitos de vida saludables en población menor de 18 años.

El cumplimiento sostenido del indicador frente a trimestres previos refleja resultados favorables en la implementación de las estrategias y en la gestión del riesgo nutricional en esta población. Como línea de fortalecimiento para el año 2026, el programa de Recuperación Nutricional proyecta ampliar progresivamente su abordaje, iniciando con el seguimiento y acompañamiento de niños y niñas entre los 6 y 10 años, y avanzando de manera gradual hacia la población adolescente hasta los 17 años, con el fin de consolidar un modelo integral y continuo de atención que impacte de manera oportuna la malnutrición por exceso.

Meta 35: Implementar en el cuatrienio el 100% las acciones de gestión para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

Con base en los soportes aportados, se verifica el cumplimiento del 100 % de las acciones programadas para la disminución de barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud. Durante el cuarto trimestre, desde la oficina se desarrollaron 24 actividades orientadas a disminuir las barreras de acceso, alcanzando un cumplimiento del 100%. Estas acciones de participación ciudadana, capacitación, orientación e información, mejora de canales de información, gestión de PQRS y atención a poblaciones vulnerables aportan a la disminución de las barreras de acceso, fortaleciendo la cobertura, la calidad, la oportunidad y la satisfacción en los servicios de salud.

El cumplimiento total del indicador demuestra la consolidación de estrategias institucionales orientadas a la eliminación de barreras administrativas, geográficas, culturales y comunicativas, contribuyendo a garantizar el derecho al acceso efectivo a los servicios de salud y al fortalecimiento de la confianza ciudadana en la red pública del Distrito.

 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

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública, Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.*

Meta 36: Lograr durante el cuatrienio, la atención al 100% de la población víctimas del conflicto armado.

Durante el cuarto trimestre de 2025 se evidenció un comportamiento variable, pero con tendencia al fortalecimiento progresivo de la atención en salud a la población víctima del conflicto armado, reflejado en el incremento sostenido de las atenciones mensuales y en la consolidación de estrategias institucionales orientadas a garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud con enfoque diferencial y psicosocial.

En cuanto a las atenciones mensuales, en octubre se registraron 1.153 atenciones, en noviembre 2.804 y en diciembre 3.171, para un total trimestral de 7.128 atenciones. Se observó un incremento significativo entre octubre y noviembre, asociado a la actualización y ampliación de la población víctima identificada, así como al fortalecimiento de las estrategias de demanda inducida, búsqueda activa y jornadas de atención. En diciembre se mantuvo la tendencia creciente, consolidándose como el mes con mayor número de atenciones del trimestre, evidenciando la intensificación de las acciones institucionales y la continuidad en la prestación de servicios..

OBJETIVO ESTRATÉGICO SEGUNDO: ENFOQUE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.

“Alcanzar una sostenibilidad financiera mediante el aumento de venta de servicios, mejoramiento del recaudo y austeridad del gasto para llegar a un punto de equilibrio financiero en la Subred Sur”.

PERSPECTIVA: *Financiera.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Sostenibilidad Financiera y Buen Uso de los Recursos.*

Meta 37: Adopción Programa Riesgo Fiscal y Financiero.

Este indicador mide el cumplimiento en la presentación oportuna, completa y conforme a los lineamientos establecidos, de los informes de seguimiento a las medidas contempladas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF). Durante la vigencia 2025 se realizaron mesas de trabajo interdisciplinario, para su formulación y posterior presentación para aprobación por parte del Ministerio de Hacienda previa presentación por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Meta 38: Resultado del indicador UVR < 0,90.

Este indicador se calcula considerando los gastos de funcionamiento y operación para la prestación de servicios de salud acumulados en la vigencia 2025, dividido en el número de UVR producidas durante mismo periodo; sobre el gasto de funcionamiento y operación para la prestación de servicios de salud de 2024 en valores constantes 2025, dividido en la UVR producidas durante el periodo. El resultado permite establecer el comparativo del costo por Unidad de Valor Real (UVR) entre ambas vigencias.

Para 2024, el costo por UVR fue de \$11.386, mientras que para 2025, a precios constantes de 2025, se ubicó en \$11.353, obteniendo una razón de 0,997.

 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

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.

Meta 39: 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.

Se evidencia cumplimiento del indicador en la vigencia 2025, Si bien se observa cumplimiento formal en la utilización del mecanismo, el bajo volumen relativo de contratación evidencia una oportunidad de mejora institucional. Se recomienda fortalecer la planeación de compras conjuntas, promover la participación activa en procesos centralizados y ampliar el uso de plataformas electrónicas de contratación, con el fin de optimizar la eficiencia, transparencia y competitividad en la adquisición de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.

Meta 40: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA. 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).

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 ordenes de servicios como del personal de planta.

Meta 41: Cumplimiento del 100% en la presentación de informes para el análisis de la prestación de servicios de la ESE, según fuente RIPS..

Durante el mes de enero de 2026, la Subred Sur cumplió el 100 % en la presentación de los informes RIPS a la Junta Directiva, garantizando la trazabilidad de la prestación de servicios y la caracterización de la población atendida. Dicho informe fue presentado mediante junta directiva el 23 de enero de 2026, el cual se anexaron los siguientes documentos: 1. Presentación Rips IV trimestre; 2. Asistencia de Junta Directiva; 3. Informe de Registros Individuales de prestación de Servicios; 4. Borrador de Acta.

Meta 42: Resultado al 100% del equilibrio presupuestal con recaudo.

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.

 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

OBJETIVO ESTRATÉGICO TERCERO: ENFOQUE A LA GESTION Y DESEMPEÑO -SOGC- PROCESOS YPROCEDIMIENTOS -INNOVACION-TECNOLOGIA-SISTEMAS DE INFORMACION.

“Lograr un excelente desempeño institucional. Mediante la implementación de acciones que dirigen a la organización al mantenimiento de los estándares superiores de calidad, en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales”.

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Investigación, Innovación institucional y tecnología estratégica de la salud.*

Meta 43: Cumplir en el cuatrienio al 100% de los requisitos de Hospital Universitario.

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 meta es alcanzar durante las vigencias 2024 y 2025 un porcentaje de implementación de requisitos de Hospital Universitario del 86,6%, de acuerdo a la meta establecida en la Subred Sur 2024-2028, con los resultados se obtuvo el 86,6%, logrando la meta establecida para el periodo. Al evaluar el comportamiento del porcentaje de implementación de requisitos de Hospital Universitario durante las vigencias 2024 y 2025, se observa que ha permanecido estable, toda vez que de los 15 requisitos que aplican para la Subred, se cumplió con 13 de ellos, quedando 1 requisito con cumplimiento parcial y 1 requisito sin cumplir.

Sin embargo, es importante tener presente que de la vigencia 2024 a la vigencia 2025, existe una tendencia al mejoramiento continuo que se refleja en la organización de la documentación requerida y de las acciones a realizar,

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Excelente Desempeño Institucional.*

Meta 44: 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.

En el resultado publicado del índice (2024), la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. obtuvo un puntaje de 94,73 en el Índice de Desempeño Institucional (IDI), calculado a partir de la medición del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión (FURAG) por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Este resultado refleja un desempeño sobresaliente, posicionando a la entidad: 3° puesto entre las Subredes de Bogotá; 12° puesto entre las entidades del Distrito Capital y 13° puesto a nivel nacional.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Sostenibilidad Financiera y Buen Uso de los Recursos.*

Meta 45: 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.

 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

Según el plan de trabajo establecido con la Secretaría Distrital de Salud, los convenios de La Obras en ejecución son: El Nuevo Hospital de Usme y la construcción de la Torre de Urgencias del Tunal, lo que se realizó fue sumar las acciones programadas para la vigencia 2025, de ambos convenios y se realizó la totalización de las actividades programadas vs las ejecutadas.

El comportamiento del indicador permite clasificarlo como parcialmente satisfactorio, debido a que, si bien el avance general supera el 90% para el caso de USME y evidencia eficiencia en la ejecución contractual, aún persiste una brecha asociada a un trámite externo. Se recomienda mantener el seguimiento técnico-jurídico con la SDS, asegurar la documentación soporte y fortalecer la coordinación interinstitucional para garantizar el cumplimiento total del plan de trabajo antes del cierre de la vigencia.

PERSPECTIVA: *Cliente .*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Posicionamiento y Relacionamento con la Ciudadanía.*

Meta 46: Disminuir en un 2% para cada vigencia. la tasa de PQRS generadas por Acceso, Oportunidad y Deshumanización respecto de la vigencia anterior.

La Tasa PQRS vigencia actual - Tasa PQRS vigencia anterior, presenta un valor para la vigencia 2025 de -10,45. El indicador muestra un cumplimiento satisfactorio, Este comportamiento refleja una mejora sostenida en la percepción del usuario y en la gestión de los procesos asistenciales y administrativos que inciden en la experiencia del paciente.

Los resultados evidencian el impacto positivo de las acciones de humanización, el fortalecimiento de la gestión de PQRS y la ampliación de los canales de atención implementados por la Subred. Sin embargo, se identifican fluctuaciones mensuales que sugieren la necesidad de mantener el seguimiento y análisis cualitativo de las causas recurrentes.

Se recomienda consolidar los mecanismos de respuesta oportuna, fortalecer la capacitación del personal asistencial en trato humanizado y continuar con las estrategias de mejora de acceso y oportunidad, con el fin de mantener la tendencia descendente en la tasa de PQRS durante el siguiente trimestre.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *¡La Subred Sur cuida la salud de la Gente! A través del fortalecimiento de acciones preventivas y educativas aportando al mejoramiento de la calidad de VIDA.*

Meta 47: "Mantener la Autoevaluación . Obtener una autoevaluación en la vigencia evaluada"

Se desarrolla la autoevaluación entre los meses de noviembre 2025 a febrero 2026, acorde a periodicidad anual definida por la institución, en la cual se evalúan cualitativa y cuantitativamente cada uno de los 160 estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Obteniendo para el año 2025 una calificación de 3,7 puntos, con un incremento de 0.06 puntos con respecto a la autoevaluación anterior. dando cumplimiento a la meta institucional

El principal logro de la recertificación de Acreditación de Nazareth, San Juan de Sumapaz, Destino, Mochuelo, Pasquilla y Vista hermosa (unidad de complejidad media). y la obtención de la certificación de las unidades de Manuela Beltrán, Danubio y Candelaria la Nueva.

 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

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Excelente Desempeño Institucional.*

Meta 48: Lograr un 95% de cumplimiento del PAMEC.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se formula bajo un enfoque orientado a la acreditación, en concordancia con los lineamientos del Sistema Único de Acreditación y la normatividad vigente. Durante la vigencia 2025, se realizó seguimiento al plan de mejora derivado de la autoevaluación de acreditación 2024, con el objetivo de garantizar la implementación efectiva de estándares de calidad y fortalecer la cultura de mejora continua

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. Este análisis sugiere reforzar el seguimiento de las causas de la brecha y la calibración de la programación para sostener niveles cercanos a 99% y consolidar el avance logrado.

Meta 49: Cumplir con la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Al cierre de la vigencia el porcentaje de ejecución ponderado del PEI fue de 97% (Acuerdo 01 de 2026) y el de metas cumplidas del 92%. El comportamiento del indicador demuestra una gestión operativa activa y un avance sostenido en la ejecución de las metas estratégicas definidas en el Plan Estratégico Institucional 2024–2028 “Más Bienestar”, sin embargo, persisten brechas en la sincronización entre los procesos misionales y de apoyo, especialmente en los relacionados con infraestructura hospitalaria, planeación y fortalecimiento institucional, cuyos cronogramas se vieron ajustados por reprogramaciones contractuales y dependencia de aprobaciones externas.

Meta 50: Cumplimiento en el reporte oportuno de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

El oficio de reporte de información 2025, desde la Supersalud, no fue exitoso, sin embargo, a lo largo de la vigencia el proceso demostró un desempeño respaldado por indicadores estadísticos. Se realizó la entrega oportuna de los ocho formularios exigidos por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo los formatos FT018 y FT025 de carácter mensual. Se evidencia una estructura operativa con un grado de madurez en la gestión y transmisión de la información. Se deben fortalecer los reportes retrasados y atender estrictamente las fechas de los cortes y los plazos normativos, lo que permita garantizar la eficiencia y confiabilidad del proceso

Meta 51: Cumplimiento en el reporte oportuno del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o norma que la sustituya.

Se evidencia que, desde la oficina de gestión de la información, el informe del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), relacionado con el Decreto 2193, ha sido consolidado y enviado de manera oportuna y satisfactoria a la plataforma del Ministerio de Salud, previa revisión y validación por parte del Secretaria Distrital de Salud. Con esto, lo que permitió lograr un cumplimiento total del 100% en el envío de todos los formularios estructurales. Se destaca la coordinación con las diferentes áreas para el cargue en los diferentes módulos, cumpliendo efectivamente con el reporte anual correspondiente al año 2025.

 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

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *¡La Subred Sur Cuida la salud de la Gente! A través del fortalecimiento de acciones preventivas y educativas aportando al mejoramiento de la calidad de VIDA.*

Meta 52: 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.

El plan de trabajo de CTI proyectado se ha cumplido en un 89% en el cuarto trimestre desarrollando 16 actividades de 18 planeadas con una efectividad del subproceso de ciencia, tecnología e innovación

Durante el IV trimestre, se realizó un evento de socialización de los resultados de una investigación financiada por la agencia ATENEA. Estos resultados tienen que ver con el impacto de los contaminantes ambientales sobre la salud infantil (se adjunta publicidad y agenda del evento).

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Sostenibilidad Financiera y Buen Uso de los Recursos.*

Meta 53: Cumplir con el 100% del plan de trabajo del convenio de los proyectos nuevos priorizados por el Distrito para la Subred Sur.

Según el plan de trabajo establecido con la Secretaria Distrital de Salud, los convenios de La Obras en ejecución son: El Nuevo Hospital de Usme y la construcción de la Torre de Urgencias del Tunal, lo que se realizó fue sumar las acciones programadas para la vigencia 2025, de ambos convenios y se realizó la totalización de las actividades programadas vs las ejecutadas.

El comportamiento del indicador permite clasificarlo como parcialmente satisfactorio, debido a que, si bien el avance general supera el 90% para el caso de USME y evidencia eficiencia en la ejecución contractual, aún persiste una brecha asociada a un trámite externo. Se recomienda mantener el seguimiento técnico-jurídico con la SDS, asegurar la documentación soporte y fortalecer la coordinación interinstitucional para garantizar el cumplimiento total del plan de trabajo antes del cierre de la vigencia.

Meta 54: Ejecutar el 100% de los recursos para proyectos de Infraestructura.

Los recursos con corte a la vigencia 2025 con aportes del FFDS y Aportes de la Subred sur son 468.282.999.881 COP y los recursos ejecutados durante la vigencia 2025 son de 338.761.129.732 COP, equivalente al 72.34% de ejecución financiera a corte diciembre 31 de 2025, presentando una variación frente a la vigencia 2024 del 2.49% por la ejecución de las obras del Nuevo Hospital de Usme y Torre de Urgencias Tunal, las cuales tuvieron avances significativos en su facturación.

La ejecución de los recursos presupuestados de inversión, a corte del 31 de diciembre de 2025, corresponden 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.

 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

Los convenios en ejecución durante la vigencia 2025 fueron: Usme, Urgencias Tunal, Marichuela, Meissen Torre 1-2024, Dotación Meissen, Dotación Tunal 2024, Adecuación infraestructura, Dotación Meissen torre 1 2025.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Excelente Desempeño Institucional.*

Meta 55: Cumplir con el 100% del Programa de transparencia y ética pública.

El porcentaje de cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, para la vigencia 2025, alcanzo el 100%. Se evidencio la realización de los seguimientos periódicos de los once (11) componentes, reflejando un alto nivel de compromiso y responsabilidad del reporte respectivo.

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Investigacion, Innovación institucional y tecnología estratégica de la salud.*

Meta 56: 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.

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. (Soportes: Carpeta final del desarrollo del prototipo final del reto de malnutrición infantil en Usme, presentación reto de malnutrición infantil en Usme).

Meta 57:. Implementar en el cuatrienio el 100% los estándares de calidad de la relación docencia servicio e investigación de las Subred Sur ESE.

Para el IV trimestre del 2025, se realizó la autoevaluación de los escenarios de practica programados para este trimestre, mediante la lista de chequeo correspondiente a los estándares de calidad de la relación docencia servicio e investigación de la Subred Sur E.S.E. Se evalúa el total de estándares programados relacionando 8 criterios y 38 items, teniendo en cuenta la normatividad vigente 0273 de 2021- CITHS.

Se realiza autoevaluación del Hospital de Meissen y la Unidad de Servicios de Salud Vista Hermosa, en los anexos se adjunta autoevaluación, lista de chequeo e informe ejecutivo de cada escenario. Se reviso la matriz con los 8 criterios y la totalidad de los items evaluados 38, no se dejaron hallazgos y/o planes de mejora y se dio cumplimiento al 100%.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Excelente Desempeño Institucional.*

Meta 58: Cumplimiento del 100% del Plan de Seguridad Vial institucional.

El indicador evidencia un cumplimiento del 100% durante la vigencia 2025, correspondiente a la ejecución total de las cinco 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.

 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

OBJETIVO ESTRATÉGICO CUARTO : ENFOQUE TALENTO HUMANO, HUMANIZACION Y CULTURA DEL SERVICIO.

“Fortalecer las capacidades y potencializar el desarrollo del Talento Humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza ciudadana, fomentando la atención con calidad, humanizada y sin discriminación.”

OBJETIVO ESTRATÉGICO QUINTO: ENFOQUE A LA GESTION Y DESEMPEÑO -SOGC- PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS -INNOVACION-TECNOLOGIA-SISTEMAS DE INFORMACION.

“Fortalecer la gobernanza institucional, en el marco del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, garantizando los criterios diferenciales de accesibilidad, enfoque de derechos, participación y el control social, en aras de generar una visión amplia de las expectativas y necesidades brindando respuesta oportuna a las mismas, logrando así la mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios”.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Posicionamiento y Relacionamiento con la Ciudadanía*

Meta 59: Lograr un cumplimiento del 100% en el cuatrienio, del Plan Institucional de capacitación y programa de educación del conocimiento con enfoque territorial.

Dentro del plan de capacitación para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se logra consolidar un cumplimiento de 97.83% correspondiente a la ejecución de 45 actividades de 46 programadas, se evidencia la positiva adherencia al conocimiento en los diferentes escenarios de validación cuantitativa y se incorporan nuevos procesos como los tercerizados para el conocimiento institucional. La inmersión en el nuevo proceso de la plataforma Smart sur, las alianzas educativas, los convenios docencia servicio y las demás plataformas de aprendizaje, favorecieron este balance al cierre de la vigencia 2025

PERSPECTIVA: *Impacto del sector salud en Bogotá.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *¡La Subred Sur Cuida la salud de la Gente! A través del fortalecimiento de acciones preventivas y educativas aportando al mejoramiento de la calidad de VIDA.*

Meta 60: 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.

Durante el cuarto trimestre del año 2025, el indicador de canalizaciones que mide la vinculación de personas identificadas por el sector salud a acciones individuales, colectivas y poblacionales con enfoque poblacional, diferencial y de curso de vida presentó un comportamiento favorable, consolidando la gestión institucional desarrollada a lo largo del año. En este periodo se gestionaron 5.827 canalizaciones dando cumplimiento al 100%, lo que evidencia la continuidad operativa del proceso y el sostenimiento de las estrategias implementadas en trimestres anteriores. Si bien se observan variaciones en la demanda frente a periodos previos, el resultado confirma la capacidad instalada del equipo y la estabilidad del proceso de canalización, sustentada en una planeación técnica y una respuesta articulada.

Este comportamiento se explica, principalmente, por el fortalecimiento del talento humano asignado a la gestión de las solicitudes. El equipo técnico, capacitado en enfoque poblacional, diferencial y de curso de vida, ha garantizado el análisis adecuado de cada caso, la trazabilidad de las canalizaciones y la oportunidad en la respuesta. El liderazgo del proceso ha permitido

 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

centralizar las solicitudes, coordinar las acciones requeridas y asegurar la pertinencia técnica de las respuestas emitidas.

Asimismo, la articulación permanente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ha sido un factor determinante para la efectividad del indicador. Este trabajo conjunto ha facilitado la superación de barreras de acceso, el seguimiento a los casos canalizados y la orientación continua a los usuarios, considerando las particularidades de cada grupo poblacional y su contexto.

PERSPECTIVA: *Procesos Internos.*

LÍNEA ESTRATÉGICA: *Posicionamiento y Relacionamiento con la Ciudadanía*

Meta 61: 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.

Durante el cuarto trimestre de 2025, el Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO) alcanzó un cumplimiento del 94%, resultado de la ejecución en un 100% de 8 de las 10 metas programadas para el periodo. Este avance evidencia un desempeño sobresaliente en la gestión de las acciones planteadas, con un cumplimiento desglosado de las metas individuales como sigue: 1ª meta 99%, 2ª meta 100%, 3ª meta 91%, 4ª meta 100%, 5ª meta 100%, 6ª meta 100%, 7ª meta 100%, 8ª meta 100%, 9ª meta 100% y 10ª meta 100%. La meta que quedó en un 91% de cumplimiento se relaciona con las fachadas, aspecto que no se ha podido mejorar en algunas unidades debido a que se encuentra a la espera del nombre definitivo que asigne la Secretaría Distrital de Salud.

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.

Meta 62: 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.

Durante el 2025, el indicador alcanzó un cumplimiento del 100%, evidenciando la consolidación de las estrategias orientadas al fortalecimiento del relacionamiento con la ciudadanía y la promoción del acceso a los servicios de salud. El cumplimiento total de las 24 actividades programadas demuestra una gestión articulada entre los subprocesos misionales, con impacto directo en la experiencia del usuario y la transparencia institucional

Las acciones más relevantes incluyeron la medición de satisfacción del usuario, la gestión integral de PQRSF-D, procesos de educación en derechos y deberes, y estrategias de información en salas de espera y espacios comunitarios. Asimismo, se garantizó la asistencia técnica a las formas de participación y la gestión de aseguramiento desde el equipo de trabajo social, fortaleciendo los canales de diálogo y atención diferencial.

 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

7. CONCLUSIONES

Es necesario manifestar que las conclusiones aquí presentadas, se hacen en ejercicio de las funciones establecidas en la ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, como resultado de la evaluación independiente, conjuntamente con la verificación del seguimiento establecido en la parte inicial de este documento. En tal sentido, se encaminan a sostener el valor que construye la organización y contribuir al mejoramiento continuo de los diferentes procesos.

Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. presentó un desempeño sobresaliente, alcanzando un promedio ponderado de ejecución del orden del 97% de las metas y de un 92% de metas cumplidas, lo que permite clasificar la gestión como efectiva, en gran la mayoría de sus metas estratégicas.

En el marco de las líneas estratégicas, establecidas en el Acuerdo 085 de 2024, en su artículo primero se destacan para el 2025, los siguientes aspectos:

- La sostenibilidad financiera, presenta grandes retos para el 2026 y sobresalen esfuerzos importantes en el pago de obligaciones, de incremento de ingresos y ruptura de la tendencia de pérdidas del estado financiero. El reto se centra en la formulación y aprobación final del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y su ejecución.
- En torno al Desempeño, la investigación y la innovación institucional, los esfuerzos realizados, comienzan a mostrar resultados alentadores y representan un desafío adicional en el seguimiento de la ruta de acreditación y consolidación como Hospital Universitario.
- En cuanto a la cultura de calidad, la seguridad del paciente y el cierre efectivo de los ciclos de mejoramiento, sus comportamientos en el 2025, se encaminan a ser protagonistas de cara a las nuevas infraestructuras de Usme y al desarrollo e implementación del modelo Mas Bienestar.
- Frente a la Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública, conjuntamente con el posicionamiento y relacionamiento con la ciudadanía, los resultados consolidan el Modelo de Atención Integral en Red, cumpliendo el 100% de la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y el despliegue completo de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) priorizadas. De igual forma, las acciones desarrolladas sobre el relacionamiento, demuestran una gestión articulada entre los subprocesos misionales, con impacto directo en la experiencia del usuario y la transparencia institucional.
- Finalmente y no menos importante, el talento humano, las alianzas educativas, los convenios docencia servicio, el programa de Humanización y una reducción de la tasa de PQRS, siguen constituyéndose en los pilares de la transformación cultural de la entidad.

8. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la cultura del reporte, que garantice la oportunidad y calidad del dato, aunque es evidente la existencia de una estructura operativa con un grado de madurez en la gestión y transmisión de la información. Se deben fortalecer los reportes retrasados y atender estrictamente las fechas de los cortes y los plazos normativos, lo que permita garantizar la eficiencia y confiabilidad del proceso

 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

- Mantener el seguimiento técnico-jurídico con la SDS, asegurar la documentación soporte y fortalecer la coordinación interinstitucional para garantizar el cumplimiento total del plan de trabajo antes del cierre de la vigencia.
- Fortalecer la supervisión sobre la ejecución de los recursos presupuestados de inversión, correspondiente 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.
- Dar continuidad al proceso de la acreditación como Hospital Universitario.
- Impulsar la construcción del Centro de Investigación y asegurar la certificación INVIMA en BPC (Buenas Prácticas Clínicas) para consolidar la función misional de investigación.
- Canalizar esfuerzos hacia la Eficiencia Financiera, de margen de ingresos operacionales sobre costos y gastos, mediante la revisión detallada de procesos, sin comprometer la calidad de la atención.
- Institucionalizar mecanismos de "co-creación" de servicios con las instancias de participación y veedurías ciudadanas, asegurando que las mejoras respondan directamente a las necesidades reales de los usuarios.
- Potencializar la alta satisfacción y el compromiso del personal como trampolín para fomentar iniciativas de innovación, mapear la relación entre el clima laboral positivo y la calidad asistencial, replicando las mejores prácticas de gestión de equipos.

Aprobado por:



JUAN CARLOS HURTADO SIERRA

Jefe Oficina control Interno

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

Control.interno.jefe@subredsur.gov.co