

 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 DEPENDENCIA – CUMPLIMIENTO PLANES OPERATIVOS VIGENCIA 2023
----------------------------	---

CONTENIDO DEL INFORME

1. **PERIODO DE EJECUCIÓN:** Comportamiento de los indicadores que conforman los Planes Operativos – POA - en la vigencia 2023.
2. **OBJETIVO:** Evaluar la gestión adelantada y dificultades presentadas por los 20 procesos que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, en relación al cumplimiento de metas e indicadores, de acuerdo a lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004.
3. **ALCANCE:** Desde el comportamiento de cada una de las metas establecidas en los Planes Operativos a lo largo de la vigencia 2023, hasta la verificación del cumplimiento al finalizar la vigencia.
4. **EQUIPO AUDITOR:**
 Jefe de Oficina Control Interno – Astrid Marcela Méndez Chaparro.
 Profesional Especializado Contratista – María Terán.
5. **METODOLOGÍA:**
 - Revisión de cada uno de los Planes Operativos de los 20 procesos que conforman la entidad y sus metas establecidas.
 - Estudio de lineamientos normativos correspondientes.
 - Análisis de la documentación solicitada y aportada por cada uno del proceso.
 - Elaboración de informe preliminar, revisión por jefe de la oficina y publicación según normatividad.
6. **MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN**
 - Artículo 39 de la Ley 909 de 2004. Evaluaciones de gestión de dependencias.
 - Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil - Anexo Técnico.
 - Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

Desarrollo

El presente informe describe el cumplimiento de los procesos frente a las metas e indicadores contenidos en el Plan Operativo Anual- Vigencia 2023. En la dinámica de trabajo que presenta la Oficina de Control Interno, se mostrará el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los procesos por trimestre y una observación frente las metas que presentaron dificultades en su cumplimiento.

 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

1. MACROPROCESO ESTRATEGICO					
98.9%					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
Oficina Asesora Desarrollo Institucional 96.2%	93.4%	100%	100%	95%	Este Proceso cuenta con 9 metas y 12 indicadores asociados a su objetivo. Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran: Meta 6: Para el indicador "Porcentaje de Cumplimiento del cronograma del convenio Ampliación Servicio de Urgencias de la USS TUNAL": Con un resultado del 71%, entre las dificultades presentadas se tienen: Cumplimiento de 5 de las 7 actividades planteadas en el cronograma del convenio 2806257-2021. Las actividades que no se cumplieron fueron dotación, que a pesar que se adelantó la gestión para definir los equipos que se requieren para el proyecto, no se avanzó en la adquisición de los mismos, y tampoco se inició el proceso de habilitación. No se realizó ajuste al cronograma toda vez que, en el mes de diciembre de 2023, se suspendieron los contratos derivados. Meta 7: Para el indicador: "Porcentaje de recursos ejecutados en los proyectos de infraestructura", con una ejecución del 83% de los recursos de proyectos de infraestructura para la vigencia 2023.
Oficina Asesora Gestión Jurídica 99.9%	99.6%	100%	99.95%	99.8%	Este Proceso cuenta con 9 metas y 8 indicadores asociados a su objetivo. Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran: Meta 9: Para el indicador: "Lograr mínimo un 5% anual en la recuperación de cartera de cobro coactivo remitida de las vigencias anteriores". A lo largo de la vigencia 2023, se presentaron dificultades frente al cumplimiento del recaudo, en razón a las advertencias de la circular 002 de 2023 de la PGN respecto a la falta de competencia de las EPS para adelantar procesos coactivos y a la inembargabilidad de recursos de salud. Sin embargo pese a las dificultades presentadas, el proceso logra cerrar la vigencia con un recaudo de \$ 4.472 millones y total saldo procesos coactivos 8.602 millones correspondientes a vigencias anteriores, logrando de esta forma un resultado satisfactorio frente a la meta establecida.
Oficina Asesora Comunicaciones 99.7%	100%	100%	100%	99.7%	Este Proceso cuenta con 8 metas y 8 indicadores asociados a su objetivo. Para este proceso no se presentaron dificultades frente al cumplimiento de las metas, sin embargo frente a la Meta 7 es de resaltar la aplicación de la encuesta interna, que se llevó a cabo en el mes de febrero donde se destaca que la difusión de información a través de medios como WhatsApp y fondos de pantalla resultaron muy efectivas. Como conclusión se debe destacar que se logró que la información descendente alcanzara una cobertura del 94% de los colaboradores encuestados, este resultado es tomado de la ponderación de las preguntas 16 y 17 del documento de encuesta de comunicación interna 2023, de esta manera de cumple en un 99% la meta que para este año era de 95%.
Gestión de la calidad 99.4%	100%	99.6%	99.75%	98.5%	Este Proceso cuenta con 14 metas y 14 indicadores asociados a su objetivo. Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran: Meta 8: Para el indicador: "Lograr un 97% de cumplimiento del PAMEC", en segundo trimestre, en el mes de mayo se presentó la siguiente novedad: De las 19 acciones programadas, se cargaron y cumplieron 17 acciones, lo cual representa el 89%, las 2 acciones que no presentaron cumplimiento, se les realizará retroalimentación para complementar los soportes cargados, sin embargo al finalizar la vigencia se logra un porcentaje del 99%, con lo que se obtiene un cumplimiento satisfactorio de la meta.

 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

Gerencia de la Información y Tics 100%	99%	100%	99.6%	100%	<p>Este Proceso cuenta con 13 metas y 13 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 12: Para el indicador: “<i>Porcentaje de casos cerrados en la mesa de Ayuda de la Oficina de Servicios de Salud Sur</i>”, evidenciándose dificultades en el software de Mesa de Ayuda, donde se logra identificar algunas falencias en la herramienta, que no permiten dar un mayor alcance en las mediciones de tiempos de ejecución, ANS (Acuerdos de Niveles de Servicio) y algunos indicadores de atención oportuna; esto sumado a que se evidencia que la categorización de los casos, en la discriminación de Incidencias y Requerimientos, en algunos casos es errónea, así como las asignación de prioridades y niveles de atención. Sin embargo al finalizar la vigencia, se logra un cumplimiento del 94%, con gestión de 14.742 mesas de ayuda, frente a 16.057 casos presentados, siendo este un resultado satisfactorio.</p>
Gestión del Conocimiento 97.1%	100%	95.5%	100%	96.9%	<p>Este Proceso cuenta con 9 metas y 9 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 1: Para el indicador: “Porcentaje de cumplimiento y soporte de las acciones de los planes de mejoramiento formulados por los procesos de la subred Sur E.S.E” Se presentó dificultades frente al cumplimiento de las acciones formuladas, donde el proceso cumple con 24 de las 26 acciones de mejora planteadas para el periodo evaluado.</p> <p>Meta 4: Para el indicador: Porcentaje de Implementación de requisitos de Hospital Universitario.” Donde el proceso da cumplimiento a 13 de 15 requisitos para Hospital Universitario de acuerdo a la Resolución 3409/20212 descritos en los numerales (1,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15), Se CUMPLE PARCIALMENTE 1 de 15 requisitos descritos en los numerales (16), NO SE CUMPLE 1 de 15 requisitos descritos en los numerales (1,2).</p> <p>Meta 7: Para el indicador: “Porcentaje de adherencia de las herramientas de uso y apropiación del conocimiento.” El proceso da avance en tres de las cuatro actividades, entre las que relaciona la recolección de información y actualización del mapa, sin embargo este no ha sido publicado, adquiriéndose el compromiso de cargue y publicación una vez se tenga la información. Se estima que sea en enero de 2024.</p>
Participación Comunitaria Y Servicio Al Ciudadano 99.8%	91%	92.2%	100%	100%	<p>Este Proceso cuenta con 11 metas y 11 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 5: Para el indicador: “<i>Disminuir en un 2% La tasa de PQRS generadas por Acceso, Oportunidad y Deshumanización respecto de la vigencia anterior</i>”, se evidenció dificultades en la gestión del primer trimestre, sin embargo al cierre de la vigencia 2023 se obtiene un balance positivo mediante la gestión de las PQRS, con un total de 3502 manifestaciones relacionadas con acceso, oportunidad y deshumanización y se dieron 2101022 atenciones, lo cual corresponde a una tasa de PQRS del asunto de 16,7. Resaltando que para el IV trimestre del año 2022 se recibieron 3225 manifestaciones del asunto con un total de 1892707 atenciones lo que representa una tasa de 17,1 PQRS por cada 10.000 atenciones.</p>

 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

1. MACROPROCESO MISIONAL					
95.2%					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
Servicios Ambulatorios 94.6%	94.5%	93.3%	94.9%	97.6%	<p>Este Proceso cuenta con 7 metas y 13 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 1: Para el indicador: "<i>Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina General</i>". Este indicador presentó dificultades durante los tres primeros trimestres de la vigencia, llegando al finalizar la vigencia con un porcentaje total del 60%. Para dar respuesta al incumplimiento, el proceso estableció las siguientes estrategias: Apertura de las agendas de manera permanente, fortalecimiento en el servicio de medicina general, garantizar la completitud de las agendas, reposición de inasistencias, seguimiento diario a agendas y gestión de completitud de la misma</p> <p>Meta 3: Para el indicador: "<i>Rendimiento de actividades de profesional por hora Médico en consulta de Enfermería</i>". Este indicador presentó dificultades durante toda la vigencia, llegando a finalizar el 2023, con un porcentaje total del 77%. Para dar respuesta al incumplimiento, el proceso estableció las siguientes estrategias: Completitud de las agendas a través de la demanda inducida con las diferentes RIAS, reposición de inasistencias, seguimiento diario a agendas y gestión de completitud de la misma.</p>
Servicios de Urgencias 98.7%	100%	95.7%	88%	100%	<p>Este Proceso cuenta con 9 metas y 9 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 8: Para el indicador: "<i>Porcentaje de Ejecución de los Controles asociados a los Riesgos del proceso y registrados en la matriz de riesgos</i>". El proceso presentó dificultades para el cumplimiento de este indicador durante el segundo trimestre, con un cumplimiento del 62%, durante el tercer y cuarto trimestre el proceso da cumplimiento a la ejecución de 12 de los 13 controles establecidos, llegando a cumplimiento a final la vigencia del 88%</p> <p>Meta 9: Para el indicador: "<i>Incremento de Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad</i>". El proceso presentó dificultades para el cumplimiento de este indicador durante el tercer trimestre, al no lograr el aumento del reporte de sucesos de seguridad con respecto al tercer trimestre de 2022. Sin embargo al finalizar la vigencia, logra un porcentaje del 100%, con el cumplimiento a la meta frente al incremento del 5% con respecto a los reportes generados en el 2022 en el mismo periodo.</p>
Servicios Hospitalarios 94.1%	100%	100%	94.1%	94.1%	<p>Este Proceso cuenta con 17 metas y 17 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 17: Para el indicador: "<i>Incremento de Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad</i>". El proceso presentó dificultades para el cumplimiento de este indicador durante el tercer y cuarto trimestre, al no dar cumplimiento a la meta de incrementar en 5% los sucesos de seguridad con respecto a los reportes generados en el 2022 en el mismo periodo.</p>
Servicios Complementarios 95.8%	100%	91.5%	99.4%	94.1%	<p>Este Proceso cuenta con 10 metas y 13 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 6: Ámbito Hospitalización: Para el indicador: "<i>Oportunidad de Radiología Convencional en el Servicio de Ambulatorios Menor a 3 días (72 h)</i>". El proceso presentó dificultades para el cumplimiento de este indicador durante cuarto trimestre, evidenciándose un aumento drástico</p>

 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

Gestión del Riesgo de Salud 92.8%					de la oportunidad, la cual se sitúa por fuera de la meta. El proceso estudia la posibilidad de realizar ajustes para el año 2024.
					Este Proceso cuenta con 12 metas y 20 indicadores asociados a su objetivo. Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran: Meta 4: Para el indicador: “ <i>Porcentaje de Coberturas de vacunación Pentavalente</i> ”, con cumplimiento del 91%, sobre el 95% establecido para coberturas útiles. Para el indicador: “ <i>Porcentaje de Coberturas de vacunación Triple viral 2</i> ”. Para el año 2023, se tiene un incumplimiento con un resultado del 80%, sobre el 95% establecido para coberturas útiles.
					Meta 6: Para el indicador: “ <i>Porcentaje de captación Temprana de gestantes antes de la semana 12 al control prenatal</i> ”. En la vigencia, ingresan 1821 usuarias nuevas de las cuales 1821 (64%) ingresan antes de la semana 12 de gestación, al analizar la información nominal de las usuarias y su asignación a la Subred, se identifican usuarias atendidas que ya se encontraban en gestación y con más de 12 semanas cuando ingresan a la base de datos, lo que afecta directamente el comportamiento del indicador. Teniendo en cuenta lo anterior, se aclara que la meta se establece en la captación del 80% de las gestantes antes de la semana 12.
					Meta 12: Para el indicador: “ <i>Incremento de Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad</i> ”. El proceso no cumple la meta de “ <i>Incrementar en 5% los Reportes Voluntarios de Sucesos de Seguridad con respecto a la vigencia anterior</i> ”, evidenciándose una disminución en los sucesos reportados con respecto a los generados en el 2022 en el mismo periodo.

1. MACROPROCESO APOYO					
98.8%					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
Gestión Administrativa 100%	100%	100%	100%	100%	Este Proceso cuenta con 12 metas y 16 indicadores asociados a su objetivo. En la revisión de las metas e indicadores establecidos en Plan Operativo del proceso, no se encontraron incumplimientos o dificultades para el alcance de los objetivos propuestos.
Gestión Financiera 98.8%	100%	96%	100%	98%	Este Proceso cuenta con 8 metas y 8 indicadores asociados a su objetivo. En la revisión de las metas e indicadores establecidos en Plan Operativo del proceso, no se encontraron incumplimientos o dificultades para el alcance de los objetivos propuestos.
Gestión Documental 97.6%	96.8%	98.4%	98.8%	97.6%	Este Proceso cuenta con 9 metas y 10 indicadores asociados a su objetivo. Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran: Meta 5: Para el indicador: “ <i>Porcentaje de comunicaciones oficiales recibida, tramitada y descargada a través del aplicativo Orfeo</i> ” Este indicador presentó un cumplimiento del 81% al cierre de la vigencia, sobre el porcentaje establecido en la meta de 100%, esto debido a la entrada a producción a Agilsalud. La mayoría de los oficios que ingresaron del 1 al 9 de octubre de 2023 se contestaron en el nuevo gestor documental. Cabe resaltar que Las estrategias definidas de control de Orfeo por el cambio de gestor documental a Agilsalud permitieron acelerar el 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

					de descarga, el nuevo aplicativo garantiza la tipificación y cargue en expediente de manera automática, minimizando las dos actividades que generaban mayor falta de adherencia en el trámite de las comunicaciones oficiales.
Gestión Ambiental 98.5%	99%	99.1%	96%	99.5%	<p>Este Proceso cuenta con 8 metas y 8 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 4: Para el indicador: <i>"Comportamiento del Consumo de la energía"</i>. Este indicador en el mes de octubre presentó dificultades frente al cumplimiento de la meta establecida, teniendo en cuenta que el consumo fue de 4,32 kW por persona, lo cual obedece a un aumento de casi 120 mil kilovatios, lo que estuvo relacionado directamente con la puesta en marcha y operación del CAPS Tunal y su atención a usuarios. Sin embargo al cierre de vigencia 2023 se evidencia el resultado en el consumo per cápita de energía del 2,352 KW/persona, cumpliendo con la meta establecida de mantenerlo por debajo de 3,29 m3/persona.</p>
Gestión Contratación 99.7%	100%	100%	100%	100%	<p>Este Proceso cuenta con 9 metas y 10 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 8: Para el indicador: <i>"Porcentaje de contratos de OPS, con reintegros de saldos al presupuesto"</i>. Este indicador presentó dificultades en el primer trimestre, con un cumplimiento del 11% frente al cumplimiento del 19% por trimestre, esto debido a que el equipo se encontraba realizando depuración con los supervisores de CPS. Sin embargo el proceso da cierre a la vigencia 2023, con el 100% de cumplimiento.</p>
Gestión del Talento Humano 98.3%	98.1%	93.8%	100%	99.9%	<p>Este Proceso cuenta con 15 metas y 15 indicadores asociados a su objetivo.</p> <p>Entre las metas que presentaron dificultades se encuentran:</p> <p>Meta 4: Para el indicador: <i>"Porcentaje de cumplimiento de la Estrategia Conflicto de Interés."</i>. Este indicador presentó dificultades en el segundo trimestre, con un cumplimiento del 69%, dado a que no se realiza la actividad No.8 ya que el procedimiento para la declaración de conflicto de intereses se encuentra aún en revisión y este no había sido regulado. Sin embargo el proceso da cierre a la vigencia 2</p> <p>Meta 8: Para el indicador: <i>"Porcentaje de Cumplimiento del Plan de acción del Código de integridad."</i>. Este indicador presentó dificultades en el primer y segundo trimestre, varias de las actividades propuestas no se logran llevar a cabo ya que dependían de la realización de un trabajo articulado con los subprocesos de desarrollo institucional y humanización, mesas de trabajo que en su momento no se pudieron efectuar, sin embargo al cierre de la vigencia 2023, el proceso da cumplimiento en el 100% al Plan de Integridad, con cumplimiento sobre la meta del 96,84%.</p>

1. MACROPROCESO DE EVALUACIÓN					
100%					
Dependencia	Trimestre				Observaciones
	I	II	III	IV	
Control Interno Disciplinario 100%	100%	100%	100%	100%	Este Proceso cuenta con 6 metas y 6 indicadores asociados a su objetivo. En la revisión de las metas e indicadores establecidos en Plan Operativo del proceso, no se encontraron incumplimientos o dificultades para el alcance de los objetivos propuestos.
Control Interno 100%	100%	100%	100%	99%	Este Proceso cuenta con 5 metas y 5 indicadores asociados a su objetivo. En la revisión de las metas e indicadores establecidos en Plan Operativo del proceso, no se encontraron incumplimientos o dificultades para el alcance de los objetivos propuestos.

7. CONCLUSIÓN

De acuerdo a la información reportada en los Planes Operativos de cada uno de los procesos, se puede evidenciar el cumplimiento de estos frente a cada una de las metas establecidas, información que se detalló en los cuadros anteriores, en los ítems de dependencia y discriminados por trimestre.

La Oficina de Control Interno presenta el porcentaje de cumplimiento al cierre la vigencia 2023 de cada Macroproceso, el cual es la sumatoria de los porcentajes alcanzados por los procesos que lo conforman.



- Macroproceso Estratégico, el cual cuenta con 7 procesos, da un cierre a la vigencia 2023 con un cumplimiento global del 98.9%.
- Macroproceso Misional, el cual cuenta con 5 procesos, da un cierre a la vigencia 2023 con un cumplimiento global del 95.2%.

 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

- Macroproceso de Apoyo, el cual cuenta con 6 procesos, da un cierre a la vigencia 2023 con un cumplimiento global del 98.8%.
- Macroproceso de evaluación, el cual cuenta con 2 procesos, da un cierre a la vigencia 2023 con un cumplimiento global del 100%.

De esta forma se tiene que el cumplimiento global de la entidad a las metas establecidas en el Plan Operativo Anual 2023 fue del 98,22% evidenciando la consecución de la mayoría de los productos esperados por cada meta, y con un incremento comparativo de lo alcanzando para la vigencia 2022, que presentó un resultado de 97.52%, demostrando el compromiso de la Subred Sur con la mejora continua.

MATRIZ GENERAL CUMPLIMIENTO		
 PLANES OPERATIVO POR PROCESO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		
SEGUIMIENTO-2023		
MACROPROCESO	PROCESOS	AÑO 2023
ESTRATÉGICO	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL	96,2%
	OFICINA ASESORA GESTIÓN JURIDICA	99,9%
	OFICINA ASESORA COMUNICACIONES	99,7%
	CALIDAD	99,4%
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y TICS	100,0%
	GESTION DEL CONOCIMIENTO	97,1%
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	99,8%
	CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO ESTRATÉGICO	98,9%
MISIONAL	D. SERVICIOS DE URGENCIAS	98,7%
	D. SERVICIOS DE AMBULATORIOS	94,6%
	D. SERVICIOS HOSPITALARIOS	94,1%
	D. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	95,8%
	D. DE GESTIÓN DEL RIESGO DE SALUD	92,8%
	CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO MISIONAL	95,2%
APOYO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	100,0%
	GESTIÓN FINANCIERA	98,8%
	GESTIÓN DOCUMENTAL	97,6%
	GESTIÓN AMBIENTAL	98,5%
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	99,7%
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	98,3%
	CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO DE APOYO	98,8%
EVALUACIÓN Y CONTROL	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	100,0%
	CONTROL INTERNO	100,0%
	CUMPLIMIENTO DEL MACROPROCESO DE EVALUACIÓN	100,0%

Fuente: Matriz General Planes Operativos por Procesos e Informe POA-Oficina Asesora Desarrollo Institucional

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

8. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES RESULTADO DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS

- Continuar con la asesoría metodológica por parte de la Oficina de desarrollo institucional, a todos los procesos en pro de optimizar la redacción de los indicadores, a fin de tener claridad sobre los avances reportados cada trimestre.
- Garantizar la adecuada implementación del autocontrol y administración del riesgo en los procesos, comprometiéndolo a cada uno de los colaboradores en la identificación de estos y como desde su rol participa en la prevención de su materialización, en pro del cumplimiento de las metas asociadas al proceso.
- Se recomienda a cada proceso realizar acciones de autoevaluación y seguimiento de manera mensual a las metas asociadas, con el fin de formular acciones oportunas para disminuir riesgos frente a posibles desviaciones.
- Continuar fortaleciendo la socialización al interior del proceso, de los objetivos y metas asociados, buscando que los colaboradores conozcan a tiempo los resultados y aúnen esfuerzos en pro de su cumplimiento.
- Se recomienda que cada proceso cuente en su interior con el respectivo cronograma de cumplimiento de metas donde se incluyan las actividades que fueron planeadas y poder así realizar la verificación del cumplimiento de estas.
- Fortalecer las herramientas de control que desde la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y cada proceso, se formularon en pro de realizar depuración de la información cuando se formulan los planes operativos, obteniendo que los procesos puedan realizar los ajustes a que haya lugar, dentro de la oportunidad requerida.
- Continuar liderando la apropiación de la documentación (procedimientos, instructivos, manuales, formatos) con la que cuentan los procesos, para que sea conocida y aplicada por todos los colaboradores de la entidad.

Atentamente,



ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO
 Jefe Oficina de Control Interno

Funcionario /Contratista	Nombre	Firma
Proyectado por:	María de la Cruz Terán Álvarez Profesional Contratista Especializado.	
Revisado por:	Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe Oficina de Control Interno	